

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач випускової кафедри
_____ Ельвіра ЛУЗІК
« ____ » _____ 2022 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА
(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

Тема: «Психологічні засоби реабілітації наркозалежних осіб»

Виконавець: студентка групи ПП-426 Сакарінєна Яна Юріївна

Керівник: канд. пед. н., доцент Хоменко-Семенова Леся Олексіївна

Нормоконтролер: _____
(підпис)

Тамара МИХЕЄВА

КИЇВ 2022

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Ельвіра ЛУЗІК

« » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання дипломної роботи

Сакарієної Яни Юріївни

1. Тема дипломної роботи «Психологічні засоби реабілітації наркозалежних осіб» затверджена наказом ректора від 10.05.2022 №487/ст.
2. Термін виконання роботи: з 05.01.2022 до 24.05.2022 р.
3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до першого та другого розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 107 сторінок, з них основного тексту 74 сторінки, список використаних джерел нараховує 41 позицію.
4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ 1. Теоретичні підходи до вивчення проблеми психологічної реабілітації наркозалежних осіб; Висновки до першого розділу; Розділ 2. Емпіричне дослідження впливу психологічних засобів на реабілітацію наркозалежних осіб; Висновки до другого розділу; Висновки; Список використаних джерел та літератури; Додатки.
5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): рисунки.

6. Календарний план-графік

№ пор.	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	07.02.2022	05.02.2022
2.	Формулювання теми, мети, завдань дослідження. Написання вступу. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	21.02.2022	14.02.2022
3.	Написання першого розділу. Подання керівникові на перевірку	04.04.2022	06.04.2022
4.	Написання другого розділу. Подання керівникові на перевірку	16.05.2022	02.05.2022
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові на перевірку	20.05.2022	24.05.2022
6.	Попередній захист дипломної роботи	25-27.05.2022	26.05.2022
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	01.06.2022	30.05.2022
8.	Подання остаточного варіанта роботи на кафедру для перевірки на академічну доброчесність	06.06.2022	
9.	Подання дипломної роботи на рецензування	07.06.2022	
10	Захист роботи	15-17.06.2022	

7. Дата видачі завдання: «22» лютого 2022 р.

Керівник дипломної роботи _____ Хоменко-Семенова Л.О.
(підпис керівника) (П.І.Б.)

Завдання прийняв до виконання _____ Сакарінєна Я. Ю.
(підпис випускника) (П.І.Б.)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Психологічні засоби реабілітації наркозалежних осіб»: 77 сторінок, 90 використаних джерел та літератури; 10 додатків.

Об'єкт дослідження – реабілітація наркозалежних осіб.

Предметом дослідження психологічні засоби реабілітації наркозалежних осіб.

Метою дослідження є визначення особливостей впливу психологічних засобів на реабілітацію наркозалежних осіб.

У дипломній роботі розкрито теоретичні аспекти та підходи до вивчення наркозалежності, причини даного явища, особливості його прояву та наслідки. Також описано вплив психологічних засобів на реабілітацію наркозалежних осіб.

Практичне значення роботи полягає в тому, що матеріали цієї роботи, Дані, отримані в результаті виконання цієї роботи, можуть бути використані практичними психологами, реабілітологами, соціальними працівниками у роботі з наркозалежними особами.

ПРОКРАСТИНАЦІЯ, АКАДЕМІЧНА ПРОКРАСТИНАЦІЯ, НАВЧАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ, САМООРГАНІЗАЦІЯ, АКАДЕМІЧНА МОТИВАЦІЯ

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ	9
1.1. Поняття наркозалежності. Фізична та психологічна залежність	9
1.2. Психологічна реабілітація наркозалежних осіб: поняття, форми та види	17
1.3. Характеристика психологічних засобів реабілітації наркозалежних осіб	24
Висновки до першого розділу	34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ	37
2.1. Загальна характеристика дослідження.....	37
2.2. Характеристика психодіагностичного інструментарію дослідження	39
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних емпіричного дослідження	46
2.4. Опис проходження тренінгу з еутимної терапії. Практичні рекомендації щодо підвищення самоефективності наркозалежної молоді	65
Висновки до другого розділу	68
ВИСНОВКИ.....	72
ЛІТЕРАТУРА.....	78
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

На сьогоднішній день в Україні існують різні центри для осіб з наркотичною залежністю, метою яких є реабілітація клієнтів. В процесі проходження реабілітації в клієнтів виникає низка психологічних проблем. Так, наприклад, Теренс Т. Горскі зауважує, що на певній стадії одужання особи з наркотичною залежністю дізнаються, що внутрішні зміни – не кінцевий етап процесу одужання, а початок фундаментальної зміни способу життя. Багато людей, що одужують, настільки фрустровані цим відкриттям, що зупиняють подальше зростання, відчуваючи розчарування. Вони переживають депресію, слабкість та безнадійність. Ключовим питанням клієнтів на такому етапі є: для чого потрібна тверезість, якщо вона приносить так багато проблем [16]? Такий емоційний стан в осіб з наркотичною залежністю може стати фактором зриву.

Загалом, проблема залежності тісно пов'язана з порушенням емоційних реакцій клієнтів. Так, одним з головних наслідків розвитку психодинамічних уявлень виявилось зростаюче розуміння того, що основною мотивацією хворих до зберігання своєї хімічної залежності є використання наркотичного ефекту для трансформації або полегшення почуттів, що переживаються як хворобливі або нестерпні. Особи з наркотичною залежністю не можуть конкретизувати поняття „хорошого” життя на відміну від чіткої деталізації „поганого життя”, пов'язаного із невживанням психоактивних речовин. Можна зробити висновок, що такі клієнти не мають уявлення про життя без наркотичних речовин. Крім того, в них присутня установка на невдачі у вирішенні власних проблем, що є причиною вкрай низької самооцінки. Саме тому одним із завдань в процесі реабілітації є формування позитивного образу майбутнього в осіб з наркотичною залежністю [3].

В реабілітаційній програмі реабілітаційного відділення ГО «Довгі Літа», що побудована на біопсихосоціальному підході до розуміння наркотичної залежності, приділяється багато уваги терапевтичній роботі щодо відновлення важливих особистісних рис залежного, за допомогою перегляду неконструктивних думок та уявлень клієнта та заміну їх на більш здорові та реалістичні. Цей процес проходить

наскрізно через весь період реабілітації і є складовою майже всіх основних терапевтичних активностей програми. В даній роботі ми на прикладі модифікованого тренінгу з еутимної терапії (за моделлю В. Ромека), розглянемо впливи на процес психологічної реабілітації наркозалежних осіб.

Таким чином, об'єктом дослідження є реабілітація наркозалежних осіб.

Предметом дослідження психологічні засоби реабілітації наркозалежних осіб.

Метою дослідження є визначення особливостей впливу психологічних засобів на реабілітацію наркозалежних осіб.

Завданнями дослідження є:

1. Провести аналіз психологічної літератури з проблеми психологічної реабілітації наркозалежних осіб.
2. Підібрати діагностичний інструментарій дослідження.
3. Провести емпіричне дослідження впливу психологічних засобів на реабілітацію наркозалежних осіб.
4. Сформулювати практичні рекомендації щодо застосування тренінгу з еутимної терапії в психологічній реабілітації наркозалежних осіб.

Практичним значенням дослідження є обґрунтування можливості більш широкого використання тренінгу з еутимної терапії в психологічній реабілітації наркозалежних осіб. Оскільки така методика є апробованою, то практичні рекомендації, що надаються, можуть підвищити ефективність використання методики.

Використані методики: теоретичний аналіз літератури; тестування; інтерв'ювання; спостереження; психодіагностичні методики (стандартизовані тести: „Рівень самооцінки”, „Особистісний диференціал”, „Рівень суб'єктивного контролю”, „Самооцінка настрою та самопочуття”,)

Практичне значення роботи. Дані, отримані в результаті виконання цієї роботи, можуть бути використані практичними психологами, реабілітологами, соціальними працівниками у роботі з наркозалежними особами.

Структура та обсяг дипломної роботи: Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку

використаних джерел, що налічує 90 найменувань, додатків на сторінках 85-109. Основний зміст роботи викладений на 6-77 сторінках і містить 11 рисунків та 3 таблиці. Загальний обсяг роботи – 109 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

Даний розділ присвячено розгляду сутності наркотичної залежності, висвітленню соціально-психологічних проблем осіб із залежностями, які є перешкодами для підтримання ремісії (невживання психоактивних речовин), а також вводиться поняття самоефективності, як значного мотиваційного фактору для процесу змін залежних.

1.1. Поняття наркозалежності. Фізична та психологічна залежність

Існує достатньо багато визначень наркоманії. Традиційно лікарі психіатри й наркологи зазначають, що наркоманія — це хворобливий стан, що характеризується явищами психічної й фізичної залежності, стійкою потребою в повторному багаторазовому вживанні психоактивних речовин (ПАР), що приймає форму непереборного потягу [2].

На думку І. Н. П'ятницької наркоманією «називається група захворювань, які проявляють себе потягом до постійного прийому в зростаючих кількостях наркотичних засобів внаслідок стійкої психічної й фізичної залежності від них з розвитком абстиненції в разі припинення їх прийому» [65].

Отже, виходячи із наведених визначень, „всередині” наркотичної залежності існують два окремі механізми – фізичної і психічної залежності.

Фізична залежність більшою мірою стосується таких видів наркотиків, як опіати (героїн, екстракт макової соломки, морфін, трамадол), барбітурати, алкоголь. Є деякі види наркотиків, які майже не викликають фізичної залежності. Фізична залежність розвивається в результаті того, що організм "настроюється" на прийом наркотиків і включає їх у свої біохімічні процеси. Головний принцип такий: наркотики - кожен препарат по-своєму - починають виконувати функції, які раніше

забезпечувалися речовинами, що виробляються самим організмом. Тіло хворого, щоб заощадити внутрішні ресурси, припиняє або скорочує синтез цих речовин. Якщо процес "перенастроювання" фізіології організму "під наркотики" зайшов досить далеко, то при їхній відсутності починається абстиненція або "ломка"[2]. Існує ще одна особливість: самі наркотики постійно руйнуються ферментними системами та виводяться через нирки, кишечник і легені. Тому "запас наркотиків" в організмі необхідно регулярно "поповнювати". В результаті фізична залежність примушує вживати наркотики регулярно, не даючи ніякого перепочинку. Суб'єктивно, тобто самим хворим на наркоманію, це сприймається дуже важко [65].

Пропустивши час прийому чергової дози, наркоман прирікає себе на болісні страждання. Це не тільки загальний біль, але ще й холодний піт, болі в животі з багаторазовим проносом, нудота й блювота, що не припиняється, нежить, слабкість, ломота в суглобах. Абстиненція, як правило, супроводжується вираженою тривогою з більш-менш вираженим (але не менше 7-10 діб при опіятній або барбітуровій залежності) безсонням [66].

Крім фізичної, є ще й психічна залежність. Складність в тому, що вона не відчувається під час постійної наркотизації й «молоді» наркомани відмовляються в неї вірити. Часто доводиться чути, як, приходячи на лікування, вони просять "тільки переламати" (полегшити абстиненцію) - вважаючи, що після цього легко відмовляться від вживання наркотиків без додаткових зусиль. Багато лікарів-наркологів вважають психічну залежність похідною від спогадів про пережиту в сп'янінні ейфорію. Мабуть, це вірно, принаймні - для «молодих» наркоманів, для яких така ейфорія ще можлива. Але, скоріше, в основі головного механізму формування психічної залежності лежить саме небажання зіштовхуватися із життєвими проблемами, приймати на себе відповідальність за свої дії і своє життя. Якщо раніше така особа могла "піти" у внутрішній світ приємних мрій або хоча б не так гостро відчувати необхідність суттєвих і невідкладних, але не завжди легких рішень (які, до того ж, часто змушують жертвувати тією або іншою особистою цінністю), то тепер уже вона не захищена. Саме тому більшість хворих зі стажем відновляє прийом наркотиків після лікування. Вони прекрасно усвідомлюють своє

"порочне коло" і були б раді вирватися з нього, якби знову змогли навчитися не боятися жити без наркотиків [65].

Якщо після трьох, чотирьох, п'яти років вживання наркотиків, залежний раптом намагається припинити вживання, то це означає, що йому доведеться зіштовхнутися з необхідністю вирішення всіх тих життєвих питань, від яких він „ховався” протягом всіх цих років [88]. Але ж ніяких навичок вирішення цих проблем у нього немає, а ті, які були – втрачені. Тож, припинення вживання є найтяжчим стресом, єдиною альтернативою якому для наркомана є продовження вживання. Трагедія в тім, що найчастіше це вміння губиться назавжди і дуже нечастими є випадки, коли особа може за рахунок власних зусиль відновитися настільки, щоб знову повернутися до повноцінного життя. Навіть в умовах реабілітаційного центру, коли наркозалежний працює над собою і користується допомогою фахівців, таке відновлення потребує великих зусиль і часу. А головне лихо в тому, що, починаючи вживати наркотики, ніхто в це не вірить і вважає, що його це не торкнеться.

В світі існує значна кількість теорій, які намагаються пояснити феномен наркотичної залежності. Чисельність цих спроб підкреслює актуальність проблеми пояснення природи зловживання наркотиками

Сьогодні не викликають заперечення ті факти, що, по-перше, поведінка наркозалежної людини істотно відрізняється від поведінки звичайної людини, а, по-друге, в кожному випадку маємо справу з індивідуальними особливостями розвитку наркотичної залежності, які не є “об’єктивними”. Сукупність цих особливостей істотно залежить від поглядів суспільства на вживання наркотичних речовин [38].

Протягом останніх років дедалі більше говорять про комплексний характер наркозалежності, основними складовими якого є не лише властивості наркотику, ставлення людини до споживання наркотиків, а також соціальне оточення людини – від найближчого кола друзів, родичів, до соціуму в цілому [78].

Однією із небагатьох спільних рис переважної більшості теорій наркотичної залежності є визнання аномальності зловживання наркотиками. Зловживання є протиприродою “нормальній”, звичній соціальній поведінці.

Виокремлюють три основні групи факторів, що призводять до вживання наркотичних речовин:

- конституціональні/особистісні (можливий вплив особливостей біологічного функціонування та особистісних рис);
- інтерперсональні (вплив сім'ї, однолітків та інших значимих осіб);
- соціальні (більш загальні культурні фактори і фактори середовища) [78].

Відповідно до цих факторів, можемо існуючі теорії наркозалежності розподілити на декілька груп (див. табл. 1.1.1).

Таблиця 1.1.

Класифікація наукових теорій наркотичної залежності

Назва теорії	Основні фактори, що призводять до виникнення залежності
Медичний/патологічний підхід	
Концепція хвороби	Окрема форма патології, “залежність”
Біологічні теорії	
Генетичні теорії	Спадковість, особливості процесу переробки наркотику генетичною структурою
Теорія підтримки метаболічного балансу	Порушення метаболічного балансу
Концепція фізіологічної залежності	Біохімічні властивості наркотичних речовин
Концепції підкріплення	Фармакологічна дія наркотику
Біопсихосоціальний підхід	Конституційна особливість людини та особливості психосоціального розвитку
Психологічні теорії	
Концепція психологічної залежності	Психологічної залежність від дії наркотику
Теорія підкріплення	Закріплена примусова реакція
Теорія неадекватної особистості	Певні наявні риси незрілої особистості, наркотик як основної опора в житті
Концепція девіантної поведінки	Певні наявні риси особистості, нонконформізм, прагнення виокремитися з натовпу
Концепція перехідних періодів	Спосіб адаптації в процесі переходу до іншої стадії розвитку

Продовження Таблиці 1.1.1.

Концепція самолікування	Внутрішньоособистісний конфлікт або дефіцит
Концепції зменшення напруги	Особистісні риси/Середовище/Наркотична взаємодія
Соціологічні теорії	Фактори оточуючого середовища
Теорія аномії	Спосіб адаптації
Теорії соціального навчання	Засвоєна поведінка у процесі соціального навчання
Теорія соціального контролю	Порушення у внутрішній і зовнішній системах регуляції поведінки
Соціальне навчання і контроль	Поступовий перехід до девіантності
Теорії субкультури	Прийняття норм субкультурної поведінки
Теорія конфлікту	Несприятливі макросоціальні зміни у суспільстві

Згідно біопсихосоціального підходу ”(The Bio-Psycho-Social Concept), споживання наркотиків розглядається як універсальна характеристика людської поведінки [78]. Оскільки біопсихосоціальний підхід є одним з основних у реабілітаційній програмі, на базі якої проводилося дане дослідження, він заслуговує на більш детальне висвітлення.

Біопсихосоціальний підхід стверджує, що залежність має свої біологічні, психологічні та соціальні причини. Тому «ми маємо працювати з цією проблемою в кількох вимірах. Ми не можемо працювати тільки з чийось питтям чи вживанням. Ми не можемо працювати тільки з емоціями. Ми не можемо розглядати тільки стосунки. Ми маємо розглянути всі ці основні аспекти життя людини для того, щоб знайти відповіді на наші запитання, чи вони будуть в сфері вживання чи в інших життєвих проблемах» [78].

Біологічне

На сьогоднішній день залишається відкритим питання наявності окремих генів, які визначають, буде індивід мати проблеми залежності чи ні. Існує певна схожість у хімічному складі крові людей з адикцією. Біологічні пояснення не варто ідеалізувати, проте не можна їх ігнорувати теж [2].

Психологічне

Протягом довгого часу застосування психологічних принципів до лікування залежності було мінімальним, якщо не рідкісним. Багато хто вважав залежність за хворобу, опускаючи той факт, що наші психологічні конструкти можуть докладатися до цієї проблеми.

Велика частка клієнтів, зазнавала серйозних чи жорстких травм в своєму дитинстві, або принаймні походить з дисфункціональної сім'ї. Можливо допускати, що ці індивіди підсвідомо звернулися до наркотиків та алкоголю, щоб впоратися чи пристосуватися до свого внутрішнього болю. Багато людей приховують свої емоції чи знайшли шляхи заблокувати власний біль. Ці люди також розвивають ірраціональні переконання щодо травм чи дисфункцій, оскільки вони були дітьми і не бачили іншої реальності. «Якщо вони краще розуміють себе, вони можуть краще працювати з можливими причинами свого вживання» [2].

Соціальне

Одним з найбільш вагомих факторів фрустрації чи стресу для людей з проблемами залежності є їхні стосунки. Сварка чи стосунки в цілому призводять до того, що залежний, фрустрований та змучений, знов наступає на ті самі граблі і повертається до вживання.

Цей підхід народився як альтернатива відомій 12-кроковій програмі (вона відома у світі на прикладі програм „Анонімні наркомани”, „Анонімні алкоголіки” та ін.). Залежність є складною проблемою, яка стала потребувати ширшого та більш цілісного підходу. Саме це і дає біопсихосоціальна модель залежності – мультидисциплінарний підхід до лікування цієї хвороби.

Споживання наркотиків пов'язане з експериментальним характером людської діяльності, особливо у підлітковому віці. Поряд з тим, поведінка людини закріплюється шляхом отримання винагород і покарань під час випробування нею різних шляхів функціонування у соціумі. Але для закріплених способів функціонування у суспільстві характерна ригідність: людина всіляко протидіє спробам змінити сталі стереотипи взаємодії з оточуючим світом. Цим пояснюються труднощі у лікуванні і реабілітації наркозалежної людини [2].

Також в процесі психосоціального розвитку у людини формуються не тільки бажання, але й розуміння існуючих обмежень, норм тощо. Під впливом ставлень індивіда, що виникають протягом психосоціального розвитку, і ставлень його оточення формується досвід. В нормі досвід має бути позитивним і цінним. Але нерідко, під час вказаного вище процесу, досвід набуває негативного забарвлення.

Отже, передумовами виникнення наркотичної залежності є властивості функціонування людського організму, вплив суспільства, найближчого соціального оточення та внутрішня система саморегуляції.

Концепція внутрішньо-особистісного конфлікту або дефіциту дозволяє зробити акцент на порушеннях в індивідуальному розвитку, і дає можливість розуміти і враховувати особливості формування наркотичної залежності в кожному конкретному випадку, її історичні причини.

Під залежністю розуміються випадки, коли присутнє стійке внутрішнє спонукання, прагнення вжити наркотик, не зважаючи на його шкідливі наслідки, а іноді навіть свідомо чи підсвідомо погоджуючись з ними. Вживання наркотику в значній кількості випадків має захисну і адаптивну функцію, може тимчасово підсилити внутрішню рівновагу для утримання інтенсивних афектів (передусім таких як гнів, сором, вина) [77]. Брак внутрішньої саморегуляції пов'язується із ранніми порушеннями у психічному розвитку. Мова йде про нерозвиненість функції адекватного самозахисту.

Отже, залежність від наркотиків стає адаптивною поведінкою, що спрямована на полегшення болю, викликаного афектами, і на те, щоб на деякий час підвищити спроможність володіти собою і функціонувати. Вживання наркотику стає відчайдушною спробою “вилікувати себе”, подолати базові труднощі в сфері саморегуляції, що включають в себе якнайменш чотири основних аспекти психологічного життя: почуття, самооцінку, міжособистісні стосунки та турботу про себе.

Таким чином, наркотична залежність - це поведінковий синдром з домінуванням потягу до отримання наркотиків та їх споживання в мотивації

особистості, що зумовлений значними порушеннями у психосоціальному розвитку людини.

Наркотична залежність характеризується:

- втратою контролю над вживанням;
- амбівалентним ставленням до наркотиків;
- труднощами в емоційній саморегуляції (непереносимість почуттів, крайність проявів, переважання негативних почуттів);
- нестійкою самооцінкою, уявленням про себе, інших людей і загалом оточуючий світ;
- стійкістю до реабілітаційних втручань, частих рецидивах;
- негативними соціальними наслідками.

Із психолого-педагогічної точки зору всі фактори наркоманії розподіляються на фактори середовища (об'єктивні) - соціально-психологічні й фактори особистості (суб'єктивні) - психологічні. Відповідно в питаннях профілактики наркотичної залежності виділяються також два основних напрямки:

- по-перше, робота із середовищем (виділення факторів ризику і їхня нейтралізація),
- по-друге, робота з особистістю: виховання й розвиток стійкості до несприятливих соціально-психологічних факторів і впливів [3].

Розглянемо ще наркотичну залежність як адиктивну поведінку. Відомо, що адиктивна поведінка (addiction - схильність) одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або активностях (видах діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Цей процес настільки захоплює людину, що починає керувати його життям. Людина стає безпорадним перед своєю пристрастю. Вольові зусилля слабшають і не дають можливості протистояти адикції.

Умовно можна виділити чотири основних групи факторів, що сприяють розвитку адиктивної поведінки у цілому й наркотизації, зокрема:

1. Моральна незрілість особистості: негативне відношення до навчання, відсутність соціально схвалюваної активності й установок; вузьке коло й нестійкість інтересів, відсутність захоплень і духовних запитів; невизначеність у питаннях професійної орієнтації, відсутність установки на трудову діяльність, дефіцит мотивації досягнень, відхід від відповідальних ситуацій і рішень; втрата «перспективи життя», бачення шляхів розвитку своєї особистості; терпимість до пияцтва, наркотиків.

2. Порухене соціальне мікросередовище: неповна родина; сильна зайнятість батьків; відсутність братів і сестер; перекручені сімейні відносини, що призводять до невірною засвоєння соціальних ролей, неправильне виховання; ранній (12-13 років) початок самостійного життя й передчасне звільнення від опіки батьків; легкий і неконтрольований доступ до грошей і нерозуміння того, як вони дістаються; алкоголізм або наркоманія в кого-небудь із близьких родичів або близьких людей; низький освітній рівень батьків.

3. Індивідуально-біологічні особливості особистості: спадкоємна обтяженість відносно психологічних захворювань й алкоголізму, важкі соматичні захворювання й нейроінфекції в ранньому дитинстві; органічні ураження мозку, розумове недорозвинення й психологічний інфантилізм.

4. Індивідуально-психологічні особливості й нервово-психічні аномалії особистості: низька стійкість до емоційних навантажень, підвищена тривожність, імпульсивність, схильність до ризикованого поведіння, недостатня соціальна адаптація, особливо в складних умовах, різної виразності акцентуації характеру, переважно конформного, гіпертимного, нестійкого типів, неврози й психопатії [41].

1.2. Психологічна реабілітація наркозалежних осіб: поняття, форми та види

Спираючись на вищезазначене, ми можемо стверджувати, що спектр наслідків і проблем, які виникають у споживачів психоактивних речовин включає як біологічні (зниження імунітету, супутні хвороби – гепатити, ВІЛ – інфекція), так і

психологічні (затримка психічного розвитку, коморбідні психічні розлади, патологічні зміни особистості) та соціальні (деформація стосунків з оточенням, співзалежність, кримінальний анамнез, низький професійний рівень) [2]. Отже, підхід до проблеми має бути комплексним, спрямованим не лише на усунення біологічного компоненту залежності.

Термін «реабілітація» означає націленість підходу, спрямованого на покращення функціонування в умовах конкретного оточення; реабілітаційні втручання можуть проходити без обґрунтування їх теорією причинності; реабілітаційне втручання спрямоване не на причини хвороби, а на функціонування особистості в теперішньому та задачі на майбутнє; реабілітація фокусується на можливостях клієнта та підтримці їх з зовні. Не зважаючи на особливості реабілітації різних груп клієнтів, в цілому вся реабілітаційна сфера сповідує спільну ідеологію [27].

Реабілітація відрізняється від лікування, хоча практика лікування та реабілітації перекривають одна одну. Власне, терапевтичні та реабілітаційні заходи в ідеалі проводяться одночасно або один за одним. Реабілітація первинно була спрямована на розвиток якостей особистості зі спиранням на позитивні риси, що збереглись, для відновлення її здатності жити в суспільстві. Лікування ж, зазвичай, спрямовується на зменшення симптоматики та пом'якшення клінічної картини.

Такі ідеологічні відмінності не завжди втілюються на практиці [27], і для України це також є проблемою. Як ми вже зазначали, фахівці відзначають, що, хоча соціально-психологічна реабілітація є важливою складовою комплексу заходів, спрямованих на повернення до способу життя, прийнятного для суспільства і особисто для людини з наркологічними проблемами, в Україні усталеним є дещо інше сприйняття реабілітації. Всупереч затвердженим Державним стандартам наркологічної практики більша частина наркологічних установ має жорстку біомедичну орієнтацію. Основу існуючої системи допомоги особам із залежністю від наркотичних речовин складають наркологічні медичні заклади [78]. Такий медичний підхід відбивається і в браку соціально-психологічних реабілітаційних підрозділів, і в знаннях та навичках персоналу.

Для світового досвіду характерним є утворення реабілітаційних закладів за межами медичних установ, в яких особи проходять детоксикацію [78].

В світовій практиці існують декілька типів установ, які здійснюють реабілітацію наркозалежних, кожна з яких відповідає на конкретні потреби клієнтів. Найбільш поширеними серед них є:

- центри детоксикації,
- стаціонарні реабілітаційні програми,
- терапевтичні спільноти,
- програми замісної терапії,
- амбулаторні та консультативні агенції
- програми допомоги з працевлаштуванням [34].

Детоксикація – це короткотермінове втручання для того, щоб провести безпечне відлучення клієнта від наркотиків. Такі центри можуть мати медичне спрямування, що включає лише очищення організму від речовини, якою клієнт зловживав, або соціальне, яке передбачає консультування, підтримку та супервізію за межами лікарні.

Стаціонарні реабілітаційні програми не обов'язково передбачають безперервне перебування клієнтів, часто використовується часткова госпіталізація, яка передбачає повноцінну реабілітаційну програму в денний час та можливість для клієнтів ночувати вдома. Такі структуровані денні програми надають інтенсивну підтримку та допомогу і являються відносно новим видом реабілітації наркоспоживачів.

На відміну від звичайних денних програм для наркоспоживачів, які існують протягом досить тривалого часу, структуровані денні програми забезпечують суворіші умови реабілітації та інтенсивне втручання.

Структурована денна програма зазвичай відповідає наступним критеріям [79]:

- клієнти повинні відвідувати програмні заходи щонайменше 4-5 днів на тиждень у робочі години;

- структурований підхід забезпечується певними передбаченими програмою активностями та індивідуально складеним для клієнта графіком;

- програма має обмежену тривалість.

- структуровані денні програми можуть переслідувати різні цілі, але включають переважно:

- допомогу в реабілітації до життя в суспільстві;

- навчання певним соціальним, трудовим, освітнім навичкам;

- зосередження на особистій відповідальності клієнта.

Структуровані денні програми надають клієнтам можливість перебудувати уклад свого життя не відриваючись від життя у суспільстві і підтримуючи соціальні і родинні стосунки.

Взагалі денні програми суттєво відрізняються як цільовими групами, так і перебігом самої реабілітації. Спільна риса усіх денних програм – вони підтримують клієнтів, які живуть у суспільстві, в звичних для них умовах, де ризик зриву значно вищий.

До переваг денних структурованих програм можемо віднести:

- різноманітність моделей допомоги – це дає змогу застосовувати різні підходи і методи роботи;

- «гнучкі» контракти з клієнтами – це дозволяє врахувати життєву ситуацію і потреби кожної людини, що звертається за допомогою;

- існування чітких процедур і чітко організовані реабілітаційні заходи дозволяють легко оцінювати прогрес клієнта;

- зосередження на включенні клієнта до повсякденного життя в родині і суспільстві;

- активна робота з клієнтами, що мали зриви;

- партнерство з органами пробації та іншими сервісами;

- робота із правопорушниками, що вживають наркотики, участь у денній програмі може бути альтернативою ув'язненню;

- економічність програми порівняно із вартістю перебування у стаціонарі.

В більшості випадків денні програми потребують в 2-3 менше коштів для функціонування, порівняно зі стаціонаром. Одночасно, результати у довгостроковій перспективі можна порівняти із результатами стаціонарної реабілітації [79]. Одночасно, вартість денної структурованої програми значною мірою залежить від її тривалості, насиченості реабілітаційними заходами кількістю і професійним рівнем залучених фахівців. Внаслідок зворотного зв'язку із клієнтами денних програм, було виявлено, що в середньому половина клієнтів визнає позитивні зміни у ході програми, більше 2/3 зазначають зменшення кримінальної поведінки [79].

Серед недоліків денних структурованих програм можемо назвати:

- функціонування переважно у містах - це пов'язано із необхідністю досить високої концентрації наркоспоживачів у місті/районі, можливостей для розміщення організації та забезпечення нормальних робочих умов;
- потреба у залученні висококваліфікованих спеціалістів, придбанні спеціального устаткування для деякі видів реабілітаційних активностей;
- достатньо високі вимоги для клієнтів – соціальна стабільність, постійне місце проживання, повна відмова від вживання наркотиків. Денні програми є неприйнятними для споживачів наркотиків, котрі не можуть припинити вживання без того, щоб покинути місце проживання, розірвати зв'язки з колишніми друзями, можливо, на деякий час віддалитися від сім'ї;
- відносно коротку тривалість програм, по завершенні яких клієнти потребують участі у більш тривалій і менш інтенсивній програмі після догляду (або залучення до діяльності різноманітних груп само- та взаємодопомоги).

Терапевтичні спільноти передбачають тривале перебування клієнтів, поєднане з високим рівнем відданості спільноті. Фахівці відзначають, що терапевтична спільнота – це форма об'єднання людей, структурована таким чином, що вона набуває терапевтичного значення, та що терапія середовищем ґрунтується на психологічній атмосфері, утворюваній всіма учасниками спільноти [77]. Кожен підсумовує характеристики, спільні для терапевтичних спільнот: наголос на особистій відповідальності, допомога одне одному, структурованість та

дисципліна, система нагород та покарань, схожість із родиною, відокремлення від суспільства, члени персоналу не сприймаються як владні фігури, заохочення щирості та відсутності насильства, наголос на роботі [77]. Отже, у терапевтичній спільноті лікування розглядають не лише як застосування фахівцями певних медичних засобів, але й як взаємодію членів спільноти, тобто лікує сама атмосфера [76].

Програми підтримки метадоном мають на меті, використовуючи синтетичний опіат, сфокусуватися на реабілітації, а не абстиненції, та допомогти залежним жити продуктивним, хоча і не позбавленим наркотиків, життям. Ця програма вважається способом відділити клієнта від небезпеки та нестабільності стилю життя, присвяченого здобуванню та вживанню нелегального наркотика.

Амбулаторне консультування та споріднені реабілітаційні програми (напівстаціонарні) забезпечують високий рівень уваги до особистих потреб клієнта, це дуже індивідуалізований підхід. Для нього характерно складання індивідуального плану лікування із коротко- та довгостроковими цілями, наголос на вивченні та тренуванні нових моделей поведінки. Кінцевою метою участі у таких напівстаціонарних реабілітаційних програмах є досягнення стійких поведінкових змін в конкретних сферах життєдіяльності клієнта внаслідок вирішення його нагальних проблем. Основними завданнями таких програм є свідоме утримання від вживання наркотичних речовин, покращення психоемоційного стану та соціального функціонування клієнта [76].

В фокусі консультування наркозалежних завжди знаходиться залежна поведінка та її наслідки, майже не торкаючись особистісних причин виникнення залежності та не ставлячи на меті особистісні зміни та довготривалі зміни стилю життя. Акцент робиться на вирішенні поточних (теперішніх) проблем (концентрування на тут-і-зараз.), та наслідків вживання через поведінкові зміни та усвідомлення неконструктивних стратегій мислення та поведінки. Дж. Вуді та Д. Мерсер наступним чином описує що таке консультування наркозалежних: «Консультування можна описати як регулярний процес керування наркотичною залежністю шляхом надання підтримки, спостереженням за поведінкою,

мотивуванням до утримання від вживання і наданням таких конкретних послуг, як направлення до служб зайнятості, в медичні установи або в юридичну консультацію» [45].

Завданнями індивідуального та групового консультування завжди є надання інформації про залежність, надання допомоги в формулювання та досягнення чітких цілей відносно невживання . Інтервенції спрямовані не на усвідомлення причин та впливу минулих подій на формування залежності, а на корекцію поведінки.

Хоча таке консультування вважається одним з основних підходів, воно підходить не всім клієнтам, оскільки вимагає від них здатності незалежно функціонувати на щоденній основі, наявності ефективної соціальної підтримки та здатності та мотивації підтримувати абстиненцію, поки новий стиль життя не буде встановлено [52]. Питання, які задає собі терапевт, значно відрізняються при психотерапії та консультуванні (див.Таб. 1.2.1)

Таблиця 1.2.1

Питання, які задає собі терапевт при психотерапії та консультуванні

Питання, які задає собі терапевт, який ставить собі на меті психотерапію клієнта:	Питання, які задає собі терапевт, який ставить собі на меті консультування клієнта
Який головний внутрішній конфлікт клієнта?	Ким є клієнт (психологічний портрет)?
Від чого він страждає?	Що саме, скільки, в яких ситуаціях, як довго він вживає?
Які потреби він задовольняє, вживаючи наркотик?	Що дає йому наркотик?
Які причини виникнення залежної поведінки?	На що спрямовані зміни? Що потрібно змінити в першу чергу?
Що заважає? (спротив, заперечення, амбівалентність, захисні механізми)	Що заважає? (спротив, заперечення, амбівалентність)
Ресурси та дефіцити	Ресурси: зовнішні, внутрішні

Історія вживання та як вона пов'язана з сімейним анамнезом та історією життя.	Історія вживання
---	------------------

Оскільки часто є необхідним розмежовувати консультування та психотерапію у роботі із залежними, коротко зупинимось на цьому розмежуванні. Поняття „психотерапія” ми використовуємо для опису психологічного лікування, направленного на зміни проблемних емоцій, думок та поведінки шляхом формування нового розуміння на основі аналізу власного досвіду, історії розвитку та причин виникнення залежної поведінки. Короткотривала психотерапія залежної поведінки фокусується лише на тих видах залежної поведінки, мислення та емоцій, які власне сприяють або являються наслідком залежності як такої. Поряд із завданням припинити вживання психотерапія ставить собі на меті також вирішення питань, пов'язаних і з іншими проблемними сферами життя наркозалежних, але фокусується на тут-і-зараз клієнта. Таким чином, метою короткотривалої терапії є корекція неадаптивної поведінки шляхом самомоніторингу та когнітивно-поведінкових змін.

Довготривала психотерапія окрім попередніх цілей має на меті також аналіз причин виникнення залежної поведінки та особистісні зміни, навчання клієнтів іншим способам звільнення від страждань крім наркотиків [64] .

1.3. Характеристика психологічних засобів реабілітації наркозалежних осіб

Проблеми залежностей потребують комплексної психологічної реабілітації, яку в Україні можуть надати багато установ, що працюють за різними моделями. Так, наприклад метою біхевіоральної моделі реабілітації є навчання розпізнавати ситуації підвищеного ризику, через які може відбутися повернення до вживання наркотичної речовини, а також керування такими ситуаціями [73]. Більш загальні цілі реабілітації полягають у формуванні усвідомленої мотивації залежного на включення у реабілітаційний процес, кінцеву відмову від вживання психоактивних речовин, відновлення та формування суспільно-прийнятних особистісних та

поведінкових навичок, які сприяють реадaptaції та ресоціалізації людини. Також до процесу реабілітації входять корекція та розвиток позитивної особистості залежного, дезактуалізація потягу до психоактивних речовин, попередження рецидивів, налагодження стосунків у сім'ї залежного, формування реальної життєвої перспективи.

Т.Н. Дудко, В.А. Пузенко, А.А. Котельникова [25] виокремлюють в реабілітації людей з проблемами залежностей таке поняття, як рівень реабілітаційного потенціалу – показник, що включає оцінку усіх етапів формування залежності, індивідуальні когнітивні, емоційні, мотиваційні, комунікативні, морально-етичні особливості та основний напрямок особистісного та соціального розвитку людини, її ціннісні установки. Реабілітаційний потенціал не залишається сталим – він збільшується або зменшується в залежності від вибору тої чи іншої стратегії, яку спрямовано на відмову або поновлення вживання наркотичних речовин. Основними завданнями практичного психолога в реабілітаційному центрі є через психокорекційну роботу сприяння адаптації людей до умов реабілітаційного центру, залучення їх до діяльності центру, виявлення та допомога у вирішенні конфліктних ситуацій. Щодо психокорекційної роботи, то вважається за необхідне використовувати методи, які сприяють особистісному зростанню клієнтів, їхньому розвитку.

Проблема залежності може вирішуватись тільки за умови бажання людини, тобто необхідний мінімальний рівень її мотивації. Таким чином, однією з найголовніших задач реабілітації є створення умов для посилення мотивації залежного до змін [91].

Виділяють два різновиди реабілітації наркозалежних — фізичну та психологічну. Методи фізичного впливу - це використання медикаментів, трудотерапії, спрямованих на детоксикацію та відновлення роботи внутрішніх органів. Психологічна реабілітація здійснюється за допомогою групових сеансів, арт-терапії, індивідуальних та колективних занять із психотерапевтом.

Етапи реабілітації наркозалежних

Мета системи реабілітації наркозалежних — відновлення особистості хворого, щоб він міг взяти під контроль свою поведінку та розпочати життя з чистого листа. Для цього на першому етапі потрібна детоксикація, а на другому — реабілітація при безпосередній роботі лікарів-психотерапевтів, психіатрів-наркологів, психологів, соціальних працівників, консультантів з числа наркоманів, що вилікувалися. Створюється соціальне оточення, яке забезпечуватиме хворому всю можливу підтримку медикаментозними та психологічними методами.

Психологічна реабілітація наркозалежних передбачає застосування лікарських засобів для корекції залишкових розладів, наприклад, депресії. У середньому перший етап триває три місяці.

Другий етап - застосування отриманих знань у реальному житті після виходу з реабілітаційного центру. На цьому етапі хворому необхідна підтримка в амбулаторних групах психологічної допомоги, а також сприяння працевлаштуванню. Дуже важливо, щоб одужуючий вірив у свої сили, а проблеми, що виникають, оцінював як розв'язувані і неунікальні.

Психологічні методи реабілітації наркозалежних різноманітні і включають:

- гіпноз;
- арт-терапію;
- аутогенну релаксацію;
- колективні сеанси психотерапії;
- працетерапію.

За допомогою гіпнозу фахівець вселяє хворому огиду до наркотику, зміцнює його волю і дає установку на тверезість та відновлення. Аутогенна релаксація використовується на додаток до основного методу і є самонавіюванням. За допомогою арт-терапії хворий розкриває свої здібності для відволікання від думок про наркотик, заспокоєння.

Важливу роль процесі соціальної реабілітації грають групові сеанси психотерапії. Пацієнти об'єднуються, щоб відчутти себе частиною одного колективу та навчитися вибудовувати стосунки з оточуючими.

Працетерапія зараз є одним із найважливіших аспектів реабілітації наркозалежних. Спосіб у тому, що під керівництвом інструктора хворий кілька годин на день працює на свіжому повітрі або займається домашнім господарством. Поступово відбувається перехід на повний робочий день.

Працетерапія спрямовано відновлення функцій пошкоджених органів, підвищення тонуусу організму. Відбувається стимуляція фізіологічних процесів в організмі хворого, він привчається до дисципліни, відволікається від думок про наркотик.

На основі різних методів розроблено спеціальні програми реабілітації наркозалежних. З них найбільш поширені такі:

- 12 кроків.
- Міннесота модель.
- Спосіб Маршака.

12 кроків

Більшість відомих програм реабілітації розробляються на основі ідеології "12 кроків". За ними зараз лікуються десятки мільйонів наркозалежних у всьому світі.

Ця програма соціальної реабілітації орієнтована на духовне зростання пацієнта та складається з 12 етапів. Хворі вчаться визнавати свої помилки, контролювати емоції, брати він відповідальність.

Після проходження програми 12 кроків хворі починають займатися з реабілітологом. У цей час відбувається відновлення втрачених соціальних навичок, формування шаблонів поведінки, які допомагають налагоджувати контакти з іншими людьми. В результаті люди повністю адаптуються до реального

Ця програма була створена в США ще в 1930-х роках, вона швидко поширилася в інших країнах. У Росії її успішно застосовується понад двадцять років. Зараз «12 кроків» — це ідеологія, на якій побудовані інші програми, — послідовний шлях від визнання нездатності людини самостійно впоратися з наркозалежністю до прийняття допомоги та усвідомленого початку змін у житті. За програмами з ідеологією «12 кроків» лікуються десятки мільйонів людей у всьому світі.

Метод Маршака

Курс реабілітації за методом Маршака складається із трьох етапів:

- Зняття ламання.
- Навчання медитації.
- Ресоціалізація.

Автор методики просить хворих приходити до клініки після того, як у них пройде абстинентний синдром. Він вважає, що якщо людина здатна перебороти абстинентний синдром, вона дійсно мотивована на лікування. У крайніх випадках симптоми ламання знімаються медикаментами у клініці.

На другому етапі замість звичайних психотерапевтичних процедур для лікування використовують технології медитації та контролю тонкої енергії «кундаліні». Під час занять хворих просять згадувати стан ейфорії, що викликається наркотиками. В результаті пацієнти позбавляються залежності, замінюючи її медитативними практиками.

На заключному етапі хворому рекомендують відвідувати групи анонімних наркоманів. Такі заняття сприяють відновленню соціальних навичок людини.

Терапевтичні спільноти

Реабілітація наркозалежних проходить ефективніше при розміщенні в терапевтичне співтовариство (therapeutic communities), де хворі з діагнозом «наркозалежність» спільно готуються до життя без наркотиків у зовнішньому світі. Життя в такому співтоваристві, підпорядковане загальному розпорядку і рухається загальними моральними цінностями, запускає неусвідомлений процес адаптивного пристосування. Старі цінності трансформуються і набувають здорового відтінку. Терапевтичною спільнотою формуються чіткі норми та стандарти, у яких немає місця наркотикам. Це модель соціуму, за якою, хворий може відновити і відпрацювати втрачені навички, знайти опору у вирішенні своїх проблем.

Міннесотська модель

Цей варіант реабілітації було розроблено на рубежі 1940–1950-х років шляхом переосмислення та доповнення ідеології «12 кроків». Це системний підхід до одужання наркозалежного, що передбачає активну участь близьких та рідних хворого, а також психологів – фахівців із хімічних залежностей. Хімічна залежність

у Міннесотській моделі розглядається як невиліковне захворювання, яке має властивість трансформуватися, загасаючи чи спалахуючи, а також «переходячи» з одних речовин на інші.

Під час реабілітаційної роботи з наркозалежними може виникати ціла низка проблем, які пов'язані із реальною зміною поведінки осіб, які мають залежність від наркотичних речовин. Серед таких проблем виступає фрустрація щодо повсякденних життєвих труднощів, сумніви особистості у здатності до змін. Так, почуття безраднісного життя може викликати в осіб депресію або інші симптоми емоційних розладів. Такі явищами називаються гострими симптомами поствідмови. Вони є характерними для перших етапів відмови від вживання, так і в період реабілітації, і є симптомами зриву.

Доречним у таких випадках виступає звернення до мотиваційних процесів людини, які відіграють неабияку роль у реабілітації наркозалежних. Зокрема, мотивація до самозмін є достатньою, коли індивід має бажання, здатність та готовність змінюватися. Відмінним від цього виступає поняття здатності до змін, яке означає реальне володіння певними ресурсами до змін. Наркозалежні особи знаходяться в очікуванні результатів, вони мають бажання побачити позитивні ефекти саме від запропонованих змін. Наприклад, така особа має розуміти, що після припинення вживання наркотичних речовин у неї покращиться стан здоров'я, вона має бути переконана у позитивних наслідках змін. Іншим параметром мотиваційних процесів виступає самоефективність – віра у власну спроможність здійснити та виконати ці зміни. Саме цей параметр є головним та вирішальним. Таким чином, для того, щоб особа отримала впевненості у своїй спроможності до змін, ефективним виступає тренінг з еутимної терапії. Ефективність даного треннгу визначається створенням сприятливих умов для того, щоб у наркозалежної людини виникли позитивні судження про власні можливості організовувати та виконувати власні дії, які необхідні для досягнення необхідних результатів. Тобто даний тренінг дає змогу визначити поведінку людей їхніми переконаннями щодо здатності до таких дій. Висока оцінка власних можливостей спонукає особу урізноманітнювати свої позитивні очікування, докладати зусилля, завдяки чому

відбувається досягнення поставленої мети. Врешті, людина навчається самоконтролю та вибудовує своє майбутнє. Таким чином можуть створюватися як позитивні, так і негативні прогнози щодо себе, тобто люди з низькою самоефективністю не докладають зусиль до досягнення мети, оскільки не вірять у власні можливості.

Конструкт самоефективності, який покладений в основу тренінгу еутимної терапії, використовується для вирішення проблеми наркозалежності, оскільки він дає змогу контролювати вживання психоактивних речовин або утримуватися від їх вживання, тобто позитивне очікування щодо власної ефективності допомагає долати зриви. У процесі реабілітації значення самоефективності збільшується на стадіях дій та підтримування результатів реабілітації, коли людина постає перед багатьма труднощами, подолання яких потребує часу та певних зусиль.

Конструкт самоефективності тісно пов'язаний із самооцінкою. Вона базується на когнітивних уявленнях людини про себе, локусі контролю, впевненості щодо власної участі у подіях свого життя, а також толерантності до фрустрацій, що відображає здатність сприймати певне емоційне навантаження. Саме ці процеси викликають великі труднощі в осіб із залежностями, оскільки неадекватна самооцінка, екстернальний локус контролю та потреба у полегшенні неприємних, травмуючих почуттів належить до передумов вживання психоактивних речовин та розвитку залежностей.

Саме тому ефективним методом виступає тренінг з еутимної терапії, який був розроблений В. Ромеком у 2003 році. Він базується на концепції еутимної терапії К. Лутца, метою якої є навчити людину отримувати задоволення від повсякденного життя, на противагу невиправданому стражданню. Спочатку цей метод використовувався у роботі з людьми, які страждають на депресію. Під час тренінгу людей навчають отримувати задоволення від того життя, яке вони мають, фокусувати увагу на тих об'єктах та переживаннях, що викликають задоволення.

Такий тренінг підвищує толерантність до фрустрацій, оскільки наркозалежна людина навчається сприймати ситуацію та змінювати її без штучної зміни свого стану, що сприяє припиненню пошуку задоволення від наркотичних речовин. Саме

цей метод, завдяки його технологічності, покладено в основу розробки програми проведення експериментальної дослідницько-корекційної роботи із залежними з метою підвищення їхньої самоефективності.

Очікуваними результатами даного тренінгу є те, що підвищиться самоефективність наркозалежних за допомогою когнітивного реструктурування методом тренінгу з еутимної терапії. Тренінг з еутимної терапії складається з п'яти блоків:

1) Самооцінка. Даний блок спрямований на підвищення самооцінки шляхом визначення позитивних рис у своєму характері, вчинках. На даному етапі учасники навчаються методам самопідкріплення, фокусуванню уваги на позитивних аспектах свого життя, а саме – самостереженню, самозвітуванню.

2) Стресостійкість. Блок спрямований на підвищення толерантності учасників до стресових ситуацій шляхом пошуку альтернативних реакцій. Фокусування на позитивних аспектах стресових ситуацій шляхом тренування конструктивних реакцій на стресові ситуації.

3) Цілепокладання. Блок спрямований на вироблення позитивного цілепокладання шляхом визначення власних цілей, ідентифікації почуттів щодо цілей, розрізнення цілей та засобів.

4) Я та інші. Блок спрямований на те, щоб навчити створювати позитивний зворотній зв'язок щодо інших людей шляхом ідентифікації почуттів до них, а також повідомляти про своє ставлення до інших людей.

5) Задоволення в роботі. Блок спрямований на визначення видів діяльності, цікавих для учасників тренінгу, визначення власної психологічної відповідності певній роботі порівняно з іншими видами діяльності, визначення часу та місця виконання справ, які приносять задоволення, визначення ресурсів для виконання справ, що є обов'язковими, але не приносять задоволення.

Постреабілітаційний супровід

Ця частина реабілітації не в останню чергу залежить від наявності громадських та державних ініціатив підтримки колишніх наркоманів у їхньому прагненні повернутися до нормального життя, працевлаштуватися, знайти різні хобі. У нашій

країні цей напрямок соціальної роботи розвинений слабо, тому розраховувати доводиться переважно на організовані при реабілітаційних центрах амбулаторні програми та допомогу рідних та близьких. Можна звернутися до підтримки церковних організацій. Духовна сторона питання дуже важлива, проте слід виявляти обережність при зустрічі з релігійними спільнотами, які під виглядом допомоги можуть переслідувати власні цілі, а саме пошук нових adeptів.

Робота з родичами (співзалежними)

Якщо наркозалежний має сім'ю, вона зазвичай є співзалежною. Це проявляється спочатку у запереченні самої проблеми, а потім у бажанні вирішити її у стінах будинку, незграбними методами. Скандали, загрози, заборони, придумана поспіхом система заохочень і покарань зазвичай обертаються посиленням наркозалежності та важкими наслідками як хворого та її психіки, так сім'ї загалом. Замість того, щоб зміцнитися, сімейні зв'язки слабшають, а іноді й зовсім перериваються. Реабілітація наркоманів у зв'язку з цим обов'язково має включати роботу з родичами — надання їм психологічної допомоги, проведення освітніх заходів у вигляді лекцій, групової роботи.

Можливості проведення реабілітації амбулаторно

Досить стійкою і вже апробованою є практика, що дозволяє проводити реабілітаційні заходи амбулаторно лише на другому етапі, коли йдеться про працевлаштування хворого та його повернення до соціуму. Перший етап повинен проходити в стаціонарі або в реабілітаційному центрі, і пропускати його в жодному разі не можна. Прихильники цієї позиції вважають, що пацієнту необхідно постійно залишатися зайнятим, його день повинен бути розписаний по хвиликах, щоб не залишалось пауз, здатних спровокувати думки про вживання наркотиків.

У цей період людина усвідомлює свою хворобу, визнає, що вона безсила перед нею, що залежність не лікується, і тому їй все життя доведеться жити із захворюванням і усвідомлено дотримуватися деяких основних правил. Саме тому важливо помістити хворого до реабілітаційного центру для наркозалежних. Різке повернення в колишнє соціальне середовище, повне спокус, без чітко

усвідомлюваних нових установок, загрожує зривами і виходом хвороби на новий виток розвитку. Паралельно в таких реабілітаційних центрах одужуючі контактують із колишніми наркоманами-волонтерами, які перебувають у ремісії кілька років, які своїм прикладом доводять, що розпочати нове життя реально.

Висновки до першого розділу

1. Залежність від наркотиків є адаптивною поведінкою, що спрямована на полегшення болю, викликаного афектами, і на те, щоб на деякий час підвищити спроможність володіти собою і функціонувати. Вживання наркотику є відчайдушною спробою “вилікувати себе”, подолати базові труднощі в сфері саморегуляції, що включають в себе якнайменш чотири основних аспекти психологічного життя: почуття, самооцінку, міжособистісні стосунки та турботу про себе. Таким чином, наркотична залежність – це поведінковий синдром з домінуванням потягу до отримання наркотиків та їх споживання в мотивації особистості, що зумовлений значними порушеннями у психосоціальному розвитку людини.

2. Наркотична залежність характеризується:

- втратою контролю над вживанням;
- амбівалентним ставленням до наркотиків;
- труднощами в емоційній саморегуляції (непереносимість почуттів, крайність проявів, переважання негативних почуттів);
- нестійкою самооцінкою, уявленням про себе, інших людей і загалом оточуючий світ;
- стійкістю до реабілітаційних втручань, частих рецидивах;
- негативними соціальними наслідками.

3. Основними групами факторів, що сприяють розвитку адиктивної поведінки у цілому й наркотизації зокрема, є моральна незрілість особистості, порушене соціальне мікросередовище, індивідуально-біологічні особливості особистості та індивідуально-психологічні особливості й нервово-психічні аномалії особистості.

4. Психологічні чинники, які можуть призводити до наркозалежності, це підвищена тривожність, неадекватна самооцінка, слабка стресостійкість, залежність від слів та поведінки інших (зовнішній локус контролю), підвищена конфліктність та невміння знаходити конструктивні виходи з конфліктних

ситуацій, невміння усвідомлювати і виражати почуття, слабкі адаптаційні здібності, неможливість більш-менш тривалого докладання вольових зусиль, схильність до інфантильної (дитячої) поведінки тощо. За наявності перелічених рис, наркозалежний не може адаптуватися до оточуючого соціального середовища і тому знаходить у наркотику можливість „втечі” від необхідності адаптації взагалі. Коли ж наркотизація почалася, то ці ж особистісні риси (до яких додаються ще й проблеми, пов’язані безпосередньо з дією наркотику) стають на шляху, заважаючи позбавленню від наркозалежності, навіть, якщо наркоман і розуміє, що його поведінка є саморуїнливою.

5. Проблема залежності може вирішуватись тільки за умови бажання людини, тобто необхідний мінімальний рівень її мотивації. Таким чином, однією з найголовніших задач реабілітації є створення умов для посилення мотивації залежного до змін. Особистісні характеристики осіб, що є залежними значно впливають на мотиваційні процеси щодо змін, адже такі конструкти як самооцінка, впевненість у собі, локус контролю визначають, якими будуть установки людини не тільки щодо реабілітації, але й до своєї спроможності змінюватися. Отже, для того, щоб дійсно впливати на такі процеси як готовність людини до змін, а не тільки на технічну спроможність справлятися з небезпечними ситуаціями, необхідно більш детально дослідити саме процеси, які впливають на впевненість людини щодо власного вміння досягати певних цілей, що складає поняття самоефективності.

6. Окремим методом у вирішенні емоційних проблем клієнта є «Тренінг з еутимної терапії», розроблений В. Ромеком [71]. Еутимна терапія – вид поведінкової психотерапії, що ставить собі за мету розвиток когнітивних і поведінкових стратегій отримання задоволення і досягнення гарного самопочуття (від грецького «eu», «euthenein» – добре, процвітати). Найчастіше використовується і добре себе зарекомендував метод еутимної терапії, що на сьогоднішній день називають «тренінг насолоди» (Ромек, 2003). Цей тренінг спрямований на навчання клієнтів отримувати задоволення від того життя, яке вони мають, фокусувати увагу на тих об’єктах та переживаннях, які викликають

задоволення. На противагу пошуку задоволення від наркотичних речовин, такий тренінг підвищує толерантність до фрустрацій, оскільки людина навчається приймати ситуацію та змінювати її без штучної зміни свого стану. Завданнями тренінгу є позитивне фокусування уваги, позитивне ставлення до себе та оточуючих, що є необхідною умовою успішного проходження реабілітаційної програми. Також досить цінним в даній моделі тренінгу є навчання піклуватись про себе, тренування та прийняття дій, переживань, що призводять до задоволення, побудова та досягнення позитивних цілей, а також прийняття труднощів. Таким чином, тренінг з еутимної терапії має на меті конструювання позитивного образу себе та свого життя в осіб з наркотичною залежністю, що є необхідним для проходження реабілітаційної програми. Тренінговий метод еутимної терапії, в силу його технологічності, взятий за основу для розробки програми проведення даної роботи із залежними з метою підвищення їхньої самоефективності.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

Даний розділ присвячено огляду групових методів роботи, які застосовуються в практиці роботи із наркозалежними, сутності, етапів, часових меж емпіричного дослідження, та діагностичних методик, які в ньому використовувались. Також він присвячений визначенню показників самоефективності учасників тренінгу з еутимної терапії до та після його проведення. У ньому описується саме застосування методу тренінгу та його вплив на такі конструкти як самооцінка, локус контролю та рівень толерантності до фрустрацій, що є складовими частинами самоефективності та надаються практичні рекомендації щодо його модифікації.

2.1. Загальна характеристика дослідження

Базою проведення дослідження з впливу тренінгу еутимної терапії на самоефективність осіб з наркотичною залежністю обрано реабілітаційне відділення ГО «Довгі літа», метою якого є соціально-психологічна реабілітація осіб з проблемами залежностей. Саме через основні методи роботи, які визначаються як соціально-психологічні було обрано цей заклад. Для проведення дослідження було обговорено з керівництвом центру надання 2 тижнів для проведення тренінгу з еутимної терапії, що є частиною даного дослідження. Такий час було визначено за критеріями відповідності суттєвої частини тренінгу іншим видам діяльності реабілітаційного центру. Час проведення сесій тренінгу визначався внутрішнім розкладом установи. Загальний час проведення дослідження склав 4 тижні, що пов'язано з діагностичними етапами дослідження.

Дослідження впливу тренінгу з еутимної терапії на самоефективність осіб із залежністю є поетапним, що впливає із його діагностичних та корекційних завдань. Відповідними етапами є:

1. Проведення попереднього анкетування та тестування клієнтів за методиками: „Рівень самооцінки”, „Особистісний диференціал”, „Локус контролю”. Тривалість цього етапу – два дні.

2. Проведення тренінгу з еутимної терапії із паралельним тестуванням клієнтів за методиками: „Самооцінка настрою та самопочуття” – щоденно, „Особистісний диференціал” – 4 рази, включно з початковим та кінцевим опитуванням. Тривалість - 10 днів.

3. Кінцеве анкетування та опитування клієнтів за методиками: „Рівень самооцінки”, „Особистісний диференціал”, „Локус контролю”, „Незавершені речення”. Тривалість - один день.

4. Відстрочене анкетування клієнтів. Тривалість – два дні.

До участі в тренінгу з еутимної терапії залучені всі клієнти відділення, які перебували в програмі на час проведення дослідження, і строк абстиненції яких складав більш ніж 2 тижні. Це означає, що всі клієнти пройшли попередній мотиваційний етап реабілітації терміном два тижні і розпочали проходження основного етапу.

Такий вибір зумовлений наступними факторами:

- для клієнтів, що знаходяться в програмі менше двох тижнів необхідною є мотиваційна програма, що не є безпосередньою метою тренінгу з еутимної терапії;
- за правилами внутрішнього розпорядку установи, в якій відбувається дослідження, клієнти, що знаходяться в програмі менше 2 тижнів, не мають права участі в тематичних групах.

Особливостями дослідження є те, що клієнтам було запропоновано проходження тренінгу з еутимної терапії як додаткової активності, тобто у клієнтів була можливість обирати, приймати участь у цьому тренінгу чи ні. Також перед проведенням тренінгу клієнтів було попереджено про дослідження внаслідок чого кожен міг обрати собі кодове ім'я для збереження конфіденційності.

2.2. Характеристика психодіагностичного інструментарію дослідження

Оскільки дослідження є якісним та діагностично-корекційним, то в ньому використовуються діагностичні методики, які дозволяють вимірювати показники самоефективності. Такими показниками відповідно до першого розділу даного дослідження, є рівень самооцінки респондентів, суб'єктивного локусу контролю. Важливим є врахувати всі складові самоефективності – когнітивну, емоційну діяльнісну. Саме тому основними діагностичними методами дослідження було обрано анкетування та тестування клієнтів денного центру, при чому тестування використовується як за стандартизованими методиками, так і за проективною, що в сукупності з результатами розробленої анкети дозволяє зібрати якісний матеріал дослідження. Таким чином, обраними методиками вимірювання самоефективності є стандартизовані тести: „Рівень самооцінки”, „Особистісний диференціал”, „Рівень суб'єктивного локусу контролю”, „Самооцінка настрою та самопочуття”, а також проективна методика „незавершені речення” та розроблена анкета.

Методика „Самооцінка настрою та самопочуття”

Методика щодо суб'єктивної оцінки призначений для визначення учасниками власного настрою та самопочуття за 10-бальною шкалою до та після кожної сесії тренінгу. Метою опитування є визначення впливу тренінгу з еутимної терапії на емоційний та фізичний стан учасників. Результати використання методики допомагають визначити рівень та зміни в емоційному та фізичному стані кожного з учасників, а також визначити сесії тренінгу, які справили найбільший позитивний або негативний вплив на емоційний та фізичний стан учасників. Також важливим внаслідок опитування є відокремлення факторів тренінгу від інших чинників, які також можуть впливати на зміни.

Методика „Рівень самооцінки”

Стандартизований тест „Рівень самооцінки” (дод.А) використовується в дослідженні для визначення одного з показників самоефективності. Методика представляє собою опитник, що складається з 32 питань, відповіді на які оцінюються від 0 до 4 балів. Результати обраховуються за сумою балів, причому

результат від 0 до 49 балів репрезентує високий рівень самооцінки у респондента, що інтерпретується як незалежність від думок інших, вміння оцінити свої можливості, приймати раціональні рішення. Результат від 49 до 86 репрезентує середній рівень самооцінки, від 86 до 128 балів – низький, що інтерпретується як деструктивна залежність від думок інших людей, негативна „Я-концепція” [62].

Методика „Особистісний диференціал”

Для визначення когнітивного та поведінкового аспектів само ефективності використано методику „Особистісний диференціал” (дод.Б). Методика особистісного диференціала (ОД) розроблена на базі сучасної російської мови й відбиває, уявлення про структуру особистості, що сформувалися в нашій культурі. Методика ОД адаптована співробітниками психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева. ОД сформований шляхом репрезентативної вибірки слів сучасної російської мови, що описують риси особистості, з наступним вивченням внутрішньої факторної структури своєрідної "моделі особистості", що існує в культурі й розвивається в кожній людині в результаті засвоєння соціального і мовного досвіду.

Із тлумачного словника російської мови Ожегова були відібрані 120 слів, що позначають риси особистості. Із цього вихідного набору відібрані риси, що найбільшою мірою характеризують полюси 3-х класичних факторів семантичного диференціала:

1. Оцінки
2. Сили
3. Активності

В ОД відібрана 21 особистісна риса. У декількох випадках вихідний список не містив одного зі членів необхідної антонімічної пари й був доповнений. Шкали ОД заповнювалися випробуваними з інструкцією оцінити самих себе по відібраних рисах особистості.

При застосуванні ОД для дослідження самооцінок значення фактора Оцінки (ОБ) результати свідчать про рівень самоповаги. Високі значення цього фактора говорять про те, що випробуваний приймає себе як особистість, схильний

усвідомлювати себе як носія позитивних, соціально бажаних характеристик, у певному сенсі вдоволеній собою.

Низькі значення фактора ОБ указують на критичне відношення людини до самої себе, її незадоволеність власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, на недостатній рівень прийняття самі себе. Особливо низькі значення у самооцінці свідчать про можливі невротичні або інші проблеми, пов'язаних з відчуттям малої цінності своєї особистості.

Фактор Сили (З) у самооцінках свідчить про розвиток вольових сторін особистості, як вони усвідомлюються самим випробуваним. Його високі значення говорять про впевненість у собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях. Низькі значення свідчать про недостатній З, нездатність триматися прийнятої лінії поведіння, залежності від зовнішніх обставин й оцінок. Особливо низькі оцінки свідчать і вказують на астенізацію й тривожність..

Фактор Активності (А) у самооцінках інтерпретується як свідчення екстравертованості особистості. Позитивні (+) значення вказують на високу активність, товариськість, імпульсивність; негативні (-) - на интровертованість, певну пасивність, спокійні емоційні реакції.

Опитування за особистісним диференціалом відбуватиметься чотири рази за тренінг з метою визначення впливу сесій на вищезазначені параметри учасників [62].

Методика „Суб’єктивний рівень контролю”

Для додаткового вимірювання поведінкового компоненту само ефективності в дослідженні використано методику „Суб’єктивний рівень контролю”, яка являє собою опитник з 44 питань (дод.В).

Для збільшення спектра можливих застосувань опитника він сконструйований у двох варіантах, що розрізняються форматом відповідей випробуваних. Варіант А, призначений для дослідницьких цілей, вимагає відповіді по 6-бальній шкалі "-3, -2, -1, +1, +2, +3", у якій відповідь "+3" означає "повністю згодний", "-3"-"зовсім не згодний" з даним пунктом. Варіант Б, призначений для клінічної

психодіагностики, вимагає відповідей по бінарній шкалі "згоден – не згоден". В даному дослідженні використовувався перший варіант методики.

Отримані результати розподіляються за 7 шкалами.

1. Шкала загальної інтернальності I_o . Високий показник по цій шкалі відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значимими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті було результатом їхніх власних дій, що вони можуть ними управляти, і, отже, відчувають свою власну відповідальність за ці події й за те, як складається їхнє життя в цілому. Низький показник по шкалі I_o відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі випробувані не бачать зв'язку між своїми діями й значимими для них подіями їхнього життя, не вважають себе здатними контролювати їхній розвиток і думають, що більшість їх є результатом випадку або дій інших людей.

2. Шкала інтернальності в галузі досягнень I_d . Високі показники по цій шкалі відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями й ситуаціями. Такі люди вважають, що всього гарного, що було і є в їхньому житті, вони добилися самі й що вони здатні з успіхом досягати своєї мети й у майбутньому. Низькі показники по шкалі I_d свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення й радощі зовнішнім обставинам - везінню, щасливій долі або допомозі інших людей.

3. Шкала інтернальності в галузі невдач I_n . Високі показники по цій шкалі говорять про розвинене почуття суб'єктивного контролю стосовно негативних подій і ситуацій, що проявляється в схильності обвинувачувати самого себе в різноманітних невдачах, неприємностях і стражданнях. Низькі показники I_n свідчать про те, що випробуваний схильний приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатом невдачі.

4. Шкала інтернальності в сімейних відносинах I_s . Високі показники по цій шкалі означають, що людина рахує себе відповідальним за події її сімейного життя. Низький I_s указує на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значимих ситуацій, що виникають у його родині.

5. Шкала інтернальності в галузі виробничих відносин І в (И п – російською). Високий І в свідчить про те, що людина вважає свої дії важливим фактором в організації власної виробничої діяльності, у складних відносинах у колективі, у своєму просуванні й т.д. Низький І в вказує на те, що випробуваний схильний приписувати більш важливе значення зовнішнім обставинам - керівництву, товаришам по роботі, везінню-невдачі.

6. Шкала інтернальності в галузі міжособистісних відносин - І м . Високий показник І м свідчить про те, що людина вважає себе в силах контролювати свої неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу й симпатію й т.д. Низький І м , навпроти, вказує на те, що вона не вважає себе здатною активно формувати своє коло спілкування й схильна вважати свої відносини результатом дії своїх партнерів.

7. Шкала інтернальності відносно здоров'я та хвороби І з . Високі показники І з свідчать про те, що випробуваний вважає себе багато в чому відповідальним за своє здоров'я: якщо він хворий, то обвинувачує в цьому самого себе й думає, що видужання чимало в чому залежить від його дій. Людина з низьким І з : вважає здоров'я й хворобу результатом випадку й сподівається на те, що видужання прийде в результаті дій інших людей, в першу чергу лікарів.

За допомогою методики в даному дослідженні визначається рівень відчуття власного контролю, який визначає наступну поведінку людини.

Анкетування

Додатково для отримання якісних результатів дослідження було розроблено анкету, яка має три варіанти для попереднього оцінювання, кінцевого та відстроченого (Дод. Д, Е, Ж). Завданнями первинного опитування є визначення демографічних характеристик клієнтів, їхніх основних проблем, очікування від тренінгу. Таке опитування включає в себе 12 питань, серед яких є як закриті так і відкриті питання. Анкета кінцевого опитування має на меті визначення впливу тренінгу з еутимної терапії на різні сфери життя клієнтів. Вона складається з 13 питань, які визначають зміну задоволеності собою клієнтами у таких параметрах, як „ставлення до себе”, „цілепокладання”, „поводження в конфліктних ситуаціях”,

„адаптація в стресах”, „стосунки з іншими людьми”, „ставлення до роботи”. Також анкета передбачає надання зворотного зв’язку щодо тренінгу, який являтиме собою перелік найкорисніших тем та методик, побажання щодо змін у тренінгу. Анкета відстроченого оцінювання має на меті визначити зміни в результаті тренінгу з еутимної терапії через 2 тижні після його завершення. Ця анкета не має суттєвої різниці з попередньою, але її спрямовано на визначення змін на основі практичного застосування клієнтами методів тренінгу.

Тренінг з еутимної терапії

Для здійснення корекційної мети дослідження, а саме підвищення самоефективності, було модифіковано модель тренінгу з еутимної терапії, розроблений Ромеком В. (дод.3), в основі якого лежать поведінкові методи, метою яких є розвиток когнітивних та поведінкових прийомів отримання задоволення та досягнення позитивного самопочуття [72]. Таким чином, у тренінгу використовуються такі методи когнітивного реструктурування як позитивний фокус уваги, моделювання, позитивне самопідкріплення. Серед поведінкових методів можна виокремити самопостереження, тренування навичок шляхом участі в рольових вправах, іграх. Метою застосування цього методу є підвищення самоефективності учасників тренінгу шляхом навчання позитивному мисленню. Відповідно, завданнями виступили:

- Підвищити самооцінку учасників тренінгу шляхом проведення 2 сесій блоку “Самооцінка”.
- Підвищити толерантність учасників до стресових ситуацій шляхом проведення 1 сесії блоку “Стреси”.
- Навчити учасників тренінгу ставити позитивні цілі шляхом проведення 1 сесії блоку “Цілепокладання”.
- Навчити учасників тренінгу надавати позитивний зворотній зв’язок шляхом проведення 2 сесій блоку “Інші люди”.
- Визначити види діяльності, які приносять задоволення учасникам тренінгу шляхом проведення 2 сесій блоку “Робота”.

Опис діяльності:

Тренінг з еутимної терапії складається з 5 блоків сесій (вісьми 3-годинних сесій):

1. “Самооцінка” (2 сесії по 3 години) – спрямований на підвищення самооцінки учасників заняття шляхом визначення позитивних аспектів у своєму характері; вчинках, як в минулому, так і майбутньому; навчання самопідкріпленню; фокусуванню уваги на позитивних аспектах свого життя; позитивній оцінці розвитку. Передбачається розвиток навичок самоспостереження, самозвіту.

2. “Стресостійкість” (одна 3-годинна сесія) – спрямований на підвищення толерантності учасників до стресових ситуацій шляхом пошуку альтернативних реакцій на стресові ситуації; фокусування на позитивних аспектах стресових ситуацій; тренування конструктивних реакцій на стресові ситуації.

3. “Цілепокладання” (одна 3-годинна сесія) – спрямований на навчання позитивного цілепокладання шляхом визначення власних цілей, ідентифікації почуттів, щодо цілей, відокремлення цілей та засобів, тренування у ставленні позитивних цілей.

4. “Я та інші” (2 сесії по 3 години) – спрямований на навчання наданню позитивного зворотного зв'язку щодо інших людей шляхом ідентифікації приємних почуттів до них; пошуку такого зворотного зв'язку, який був би адекватним щодо конкретних людей; тренування повідомлення про свої почуття та думки щодо інших людей.

5. “Задоволення в роботі” (2 сесії по 3 години) – спрямований на визначення видів діяльності, які приносять задоволення учасникам тренінгу шляхом пошуку справ, що приносять задоволення; визначення власного психологічного простору, який надається роботі порівняно з іншими видами діяльності; визначення часу та простору виконання справ, які приносять задоволення; визначення ресурсів для виконання справ, що є обов'язковими, але не приносять задоволення.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних емпіричних досліджень

В тренінгову групу увійшли 20 досліджуваних, з яких 10 – опійні наркозалежні, 5 – алкозалежні, 5 – люди залежні від опіоїдів та алкоголю. Середній вік учасників – 25 років, наймолодшим учасникам – 19 роки, найстаршому – 30. Серед учасників 17 чоловіків і 3 жінки. Перебування досліджуваних в програмі сягає від 2 тижнів до 3 місяців, при чому більшість за цей період брали участь в тренінгових заняттях, що стосуються самопізнання, стосунків в сім'ї, ставлення до роботи.

Оцінювання самоефективності досліджуваних із залежністю відбувалося за декількома методиками: оцінювання рівня самооцінки, особистісний диференціал, тестування з локусу контролю, «незавершені речення». Як було вказано в попередньому розділі, самооцінка людини має вплив на самоефективність, як і інтернальний локус контролю. Саме тому для оцінки самоефективності було обрано такі методики.

Анкета, за якою відбувалося попереднє опитування учасників, включала в себе оцінку задоволеності собою у декількох сферах: ставлення до себе, цілепокладання, ставлення до роботи, інших людей, поведінка в стресових та конфліктних ситуаціях. В результаті опитування виявилось, що досліджувані найменш задоволені ставленням до себе – респонденти пояснюють таке ставлення виразами „не вмію себе любити”, часто вживають слова „правильний”, „неправильний” у відношенні до себе, що може свідчити про неприйняття себе, бажання відповідати певній „нормі”, яка вважається правильною (Рис. 2.3.1.).



Рисунок 2.3.1. Задоволеність клієнтами у параметрі «ставлення до себе».

Максимальний бал з цього параметру- 10, мінімальний – 0.

Результати дослідження за тестом „Рівень самооцінки” частково співпадають з цими визначеннями, хоча такі дані є дещо суперечливими – жоден з учасників не продемонстрував рівня самооцінки, який можна кваліфікувати як „низький”, але середні результати наближаються скоріше до „низького”, ніж до „високого”. Середній бал з „рівня самооцінки” до тренінгу складав 65, що відповідає середній самооцінці, при чому крайні результати коливались від 82 (ближча до низької) та 49 (ближча до високої) (Рис. 2.3.2.), (дод. І).

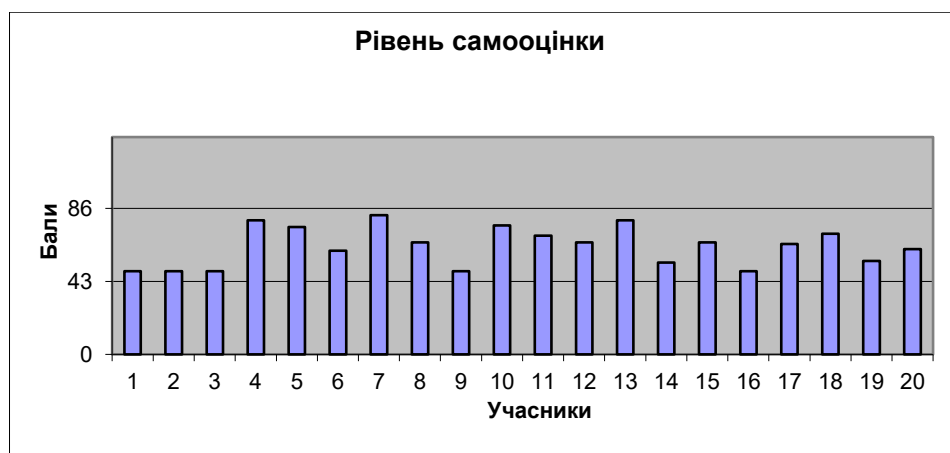


Рисунок 2.3.2. Рівень самооцінки учасників на початку тренінгу з еутимної терапії. Результати 0-43 відповідають високій самооцінці, 43-86 – середній, 86-128 – низькій.

Методика особистісного диференціалу дозволяє проаналізувати складові самооцінки респондентів – що саме не задовольняє їх у собі. Так, показники “оцінки” за цією методикою в середньому є досить високими – 10 балів з найнижчим результатом „-3” та найвищим – „20” (Таб. 3.2.). Такі значення можуть свідчити про те, що в групі існує тенденція до високої оцінки своєї “хорошості”. Набагато нижчі результати отримані з показників “сили” – 4,25 бали (з найнижчим „-2” та найвищим „9”) та “активності” – 2,53 бали. Можна припустити, що не зважаючи на прийняття клієнтами себе, у них існує проблема залежності від оцінок інших, невпевненість у собі.

Таблиця 2.3.1.

Результати попереднього тестування учасників тренінгу з методики „особистісний диференціал” (шкала від „-21” до „21” балів).

Учасники	12.02.		
	Оцінка	Сила	Активність
1	12	7	7
2	-3	5	-9
3	11	6	-4
4	14	2	4
5	18	9	6
6	11	7	10
7	2	6	2
8	20	4	4
9	1	-2	1
10	12	7	-2
11	5	4	2
12	14	1	-2
13	19	-2	14
14	11	3	4
15	12	1	-1
16	9	4	2
17	7	-1	2
18	13	-2	-2
19	19	6	3
20	1	1	-2
Середнє значення	10,46	4,25	2,53

Ці результати відповідають також показникам рівня суб’єктивного контролю, який у даній групі має переважно середні значення, крім показників контролю досягнень та міжособистісних стосунків (Рис. 2.3.3.) (дод. Л).

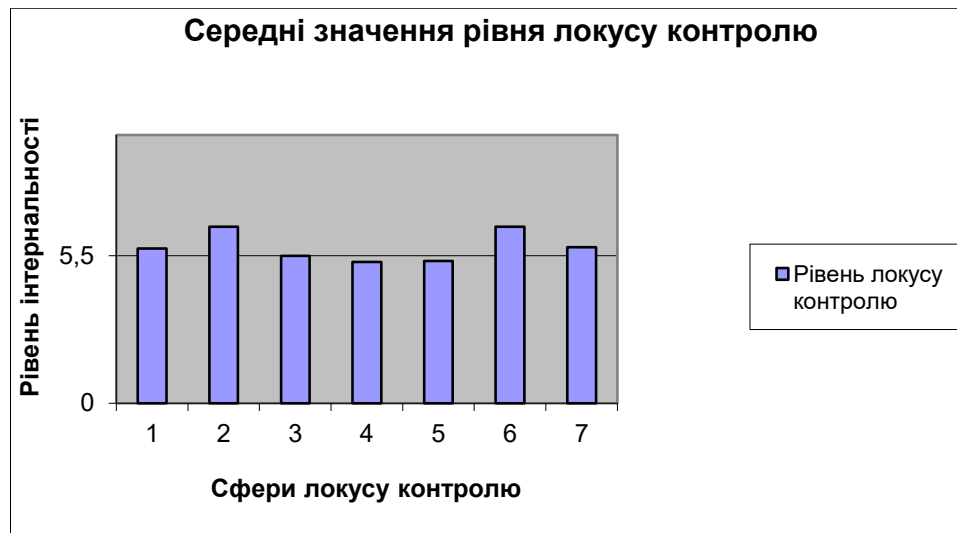


Рисунок 2.3.3. Значення локусу контролю до початку тренінгу з еутимної терапії.

Рівень інтернальності від 0 до 5,5 вважається зовнішнім, від 5,5 до 10 – внутрішнім. Сфери локусу контролю відповідно: загальний локус контролю (л.к.), л.к. досягнень, л.к. невдач, л.к. в роботі, л.к. в сім'ї, л.к. в міжособистісних стосунках, л.к. у здоров'ї.

Щодо інших проблем, досліджувані вказують на невміння висловлювати негативні емоції, така проблема стосується майже всіх – більшість вказують на постійне роздратування, невміння справлятися з емоціями в конфліктних ситуаціях. Серед пропонованих сфер 50 % досліджуваних вказують на труднощі у вирішенні конфліктних ситуацій, 40% – у стресових ситуаціях. Такі результати також можна продемонструвати на прикладі клієнта 8 – він виокремлює таку основну проблему, як невміння долати стресові ситуації, характеризує свій досвід як повністю негативний.

Наступними за незадоволеністю собою параметрами, після ставлення до себе, йдуть такі сфери, як цілепокладання та поведінка в конфліктних ситуаціях. Найбільше досліджувані задоволені своїм ставленням до роботи (дод. К). Якщо співставити такі результати із показниками суб'єктивного контролю, то можна спостерігати тенденцію до інтернальності саме в міжособистісних стосунках, та екстернальності щодо ставлення до роботи. Можна припустити, що навіть якщо

досліджувані не є задоволеними собою в певних сферах, вони відчують менше тривожності та більше власного контролю в сферах, з якими стикаються щодня, хоч і мають в них певні проблеми. Відповідно, ті сфери, які не є дуже актуальними, викликають менше тривожних почуттів, хоча і є за межами контролю досліджуваних. Як приклад такої тенденції, можна сказати, що хоча у клієнта 8 екстернальний локус контролю щодо роботи – тобто він не відчуває себе відповідальним за цей процес, його бал задоволення у сфері роботи дуже високий (9 з 10). З іншого боку, в досліджуваного можна спостерігати високу невпевненість щодо майбутнього, неприємні асоціації щодо нього, що можна спостерігати за методикою незавершених речень – у досліджуваного є такі висловлювання як „Майбутнє здається мені дурницею”. Також в досліджуваного можна спостерігати низьку толерантність до фрустрації, він вказує що дуже дратується і переживає невдачі. Цікавим є те, що в досліджуваного рівень інтернальності невдач вищий, ніж досягнень. Через це існує можливість негативних думок щодо себе, своїх здібностей. Можливо саме тому досліджуваний не може справлятися зі стресовими ситуаціями – він не оцінює своїх можливостей, не відчуває впевненість щодо дій. Таким чином, можна зробити висновок, що в клієнта 8 низький рівень самоефективності, що засновується на середній самооцінці, низькому параметрі сили та суб’єктивного контролю щодо досягнень, на противагу контролю щодо невдач.

Іншою цікавою тенденцією є те, що 80% досліджуваних твердять про те, що вони не використовують знань та навичок, які отримують у закладі через нестачу ситуацій для практики. Це здається суперечливим, адже ситуації конфліктів, стосунків з іншими виникають дуже часто. Можна зробити припущення, що досліджувані не є впевненими щодо цих ситуацій, або вважають значимими для себе ситуації щодо залежності і не ідентифікують проблеми у спілкуванні, поведінку в конфліктних ситуаціях як такі, які також можна практикувати у закладі.

В анкету також були включені питання щодо очікувань від тренінгу (дод. Д). 75% клієнтів бажають змін у ставленні до себе, що відповідає попереднім тестуванням. Також 80% досліджуваних бажають змін в подоланні стресових

ситуацій та у стосунках з іншими людьми. 70% учасників передбачають зміни у сфері роботи. Це є цікавим фактом, адже рівень задоволеності собою за параметром роботи досить високий (дод. К). Можливо це відбувається тому, що клієнти хочуть мати більше контролю щодо роботи – адже вони не мають доступу до заробляння грошей, цьому відповідають і результати з локусу контролю, який щодо роботи є в групі більш екстернальним.

Щодо конкретних побажань з приводу тренінгу, то 45% учасників не можуть дати певної конкретної відповіді, або навіть наближеної. 55% інших учасників вказують на бажання знайти позитив у житті, стати більш впевненими, навчитися спокійно реагувати на дратуючі ситуації. Це очевидно обумовлене визнанням проблем у ставленні до себе та виявлення негативних емоцій щодо стресових та конфліктних ситуацій. Також у анкеті (дод. Д) учасниками було зазначено додаткову проблему, що не увійшла у запропонований список – невміння реагувати на критику, внаслідок чого до тренінгу було додано відповідні вправи.

Інколи щодо побажань клієнти висловлюють прагнення стати більш щасливими. Навчитися отримувати від життя задоволення. Так, клієнт 9 бажає навчитися отримувати задоволення від різних дрібниць, навчитися радіти життю. Такі побажання штовхають на думку, що деякі особи з проблемами із залежністю не бачать жодної радості у тверезому житті.

З таких результатів можна зробити декілька висновків:

1. Клієнти відчують найбільші проблеми в емоційній сфері – це може відбуватись через те, що для клієнтів є незвичним вирішування конфліктів та адаптація до стресових ситуацій без вживання психоактивних речовин.

2. Найбільшу невпевненість викликають ті сфери, з якими клієнти зустрічаються дуже часто – стосунки з іншими людьми, вирішення конфліктних та стресових ситуацій. Найменше проблем викликають ті сфери, до яких клієнти не є прямо залученими – ставлення до роботи.

3. Не зважаючи на часте повторення ситуацій конфліктів, стресів та спілкування, більшість клієнтів не практикують навичок, отриманих в програмі, що пояснюють недостатністю ситуацій для практики. Такий результат можна

проінтерпретувати або як дійсний брак знань, або як брак самоефективності, впевненості у своїй можливості успішно використати навички, які є.

4. Досить багато учасників відчувають проблеми у ставленні до себе, але слід зауважити, що перед опитуванням всі брали участь в тренінгу із самопізнання. З цього можна зробити висновок, що клієнти на групах зачіпали теми, які є важливими, можливе переживання певних емоцій та вироблення рішень щодо себе та змін у собі.

5. Самооцінка включає в себе не тільки когнітивні та емоційні компоненти, а також діяльнісні. Так, у клієнтів за результатами тестування співпадають показники середньої або нижчої за середню самооцінку із показниками параметрів „сили” та “активності” з методики особистісного диференціалу, які також є середніми, не зважаючи на високі показники „оцінки” з цієї ж методики. Таким чином, рівень самооцінки клієнтів у сполученні з локусом контролю та параметрами „сили” та “активності” особистісного диференціалу можуть свідчити про рівень самоефективності, який у групі є середнім та нижчим за середній.

Опитування наприкінці тренінгу відбувалося за анкетною (дод. Е), методиками: „рівень самооцінки”, „локус контролю”, „особистісний диференціал”.

Так, за анкетною визначаються сфери задоволеності собою. Порівняно з першим опитуванням, значно підвищився рівень „ставлення до себе”, тобто клієнти більше задоволені собою у цій сфері (дод. Е). Середній бал за цим параметром складає 6,75 з 10 з діапазоном від 3 до 9 балів. Серед коментаріїв клієнтів щодо суджень про себе переважають такі, як „Став більше себе поважати”, „Більше ціную свої досягнення” (Рис 2.3.4.).

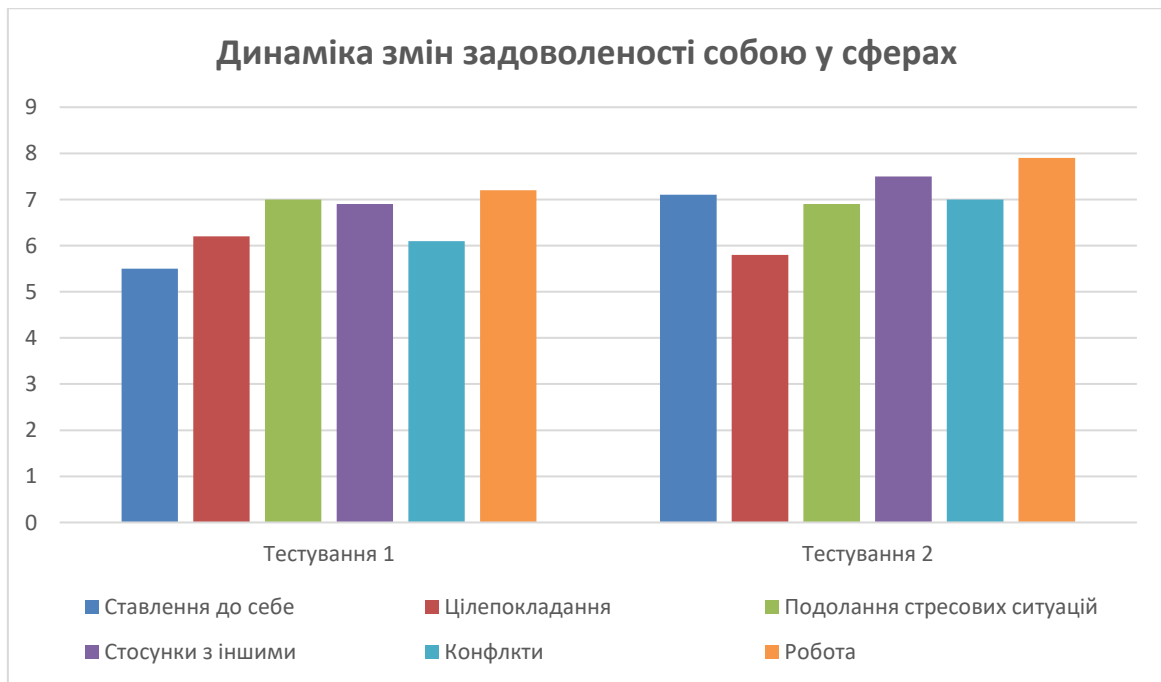


Рисунок 2.3.4. Динаміка змін у задоволеності собою щодо різних сфер життя де 1 – перше оцінювання, 2 – друге (відстрочене).

Таким результатам відповідає і рівень самооцінки клієнтів, який в середньому піднявся на 9 балів, при чому в двох клієнтів піднявся на 25 балів та досяг рівня „високої самооцінки”. Тільки в двох учасників знизився рівень самооцінки, при чому незначно. У клієнта 1 такі зміни могли бути викликані переживанням покарання, оскільки саме він мав деякі плани, які було порушено. Щодо клієнта 4, в якого теж спостерігається зниження рівня самооцінки, то для нього характерними є напади депресії, що може бути пов’язано з його психологічним станом (Рис 2.3.5.).



Рисунок 2.3.5. Різниця відносно первинного опитування у рівні самооцінки 13 клієнтів внаслідок тренінгу з еутимної терапії.

У клієнта 6 можна спостерігати дуже стрімке підвищення самооцінки, що відбувалося протягом тренінгу. На початку занять він заявив, що одним з його сильних бажань є вміння реагувати спокійно на стресові ситуації, адже він дуже „вибухає”, не може стримати себе. Саме цей клієнт робив найбільший спротив щодо само підкріплення, або дозволу іншим хвалити себе, оскільки в його родині таке вважається „хвалькуватістю” та дуже низько цінується. Протягом тренінгу він важко, але дещо змінював свої погляди на такі судження.

В останній день занять, коли соціальні працівники повідомили про покарання, клієнт 6, на здивування усіх, повів себе дуже спокійно – він взяв слово і говорив не про покарання, а про те, який він задоволений тим, що може залишатися дуже спокійним.

Для того, щоб підтвердити наше припущення про те, що самооцінка включає не тільки когнітивні судження про себе, а й впевненість у своїх діях, необхідно порівняти попередні результати із даними методик вимірювання локусу контролю та особистісного диференціалу. Так, за показниками особистісного диференціалу,

параметр „оцінки” порівняно з початком тренінгу трохи знизився з незначними коливаннями протягом тренінгу. Таким чином, у клієнтів або не змінилося або зменшилося відчуття себе особистістю, позитивне визначення своїх якостей. Здається, що стрімке зростання результатів за методикою „Рівень самооцінки” не співпадає з результатами особистісного диференціалу. Але, якщо звернути увагу на параметр „сили”, то порівняно з першими результатами він дуже підвищився, тобто клієнти відчують більше контролю за своїм життям, більш впевнені у собі (Рис 2.3.6.).

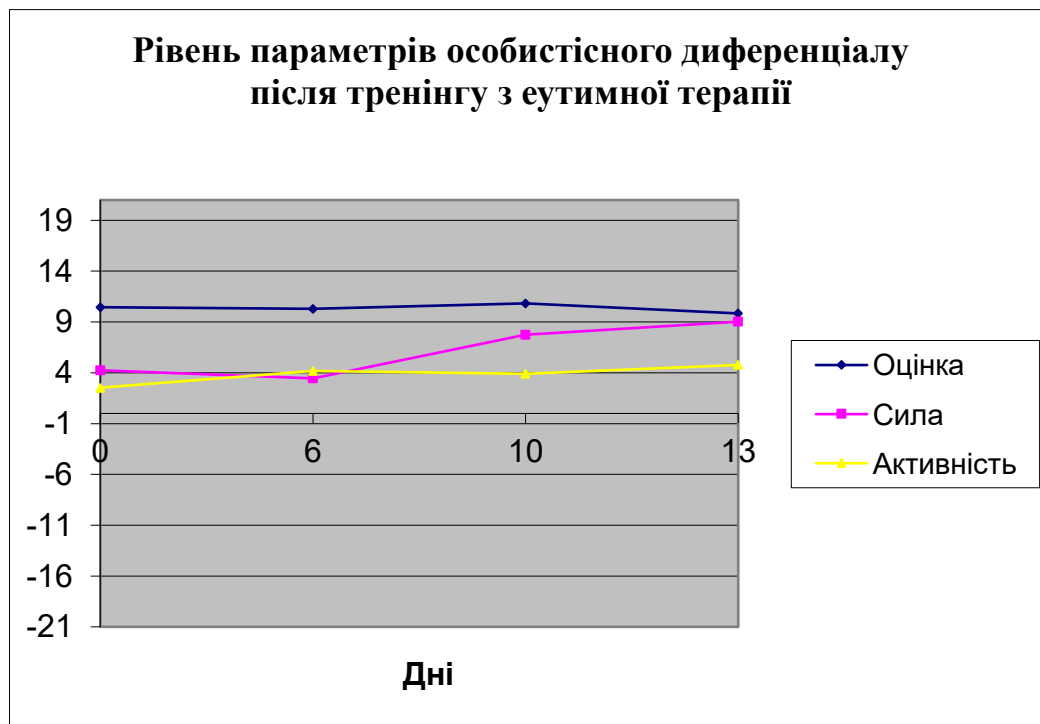


Рисунок 2.3.6. Середній рівень змін у таких параметрах „особистісного диференціалу” як „оцінка”, „сила”, „активність”.

Так, у клієнтки 13 на початковому етапі можна спостерігати рівень самооцінки, який кваліфікується „ближчий до низького”, високий рівень „оцінки” за особистісним диференціалом, а також середній рівень за параметром „сили”. Після тренінгу можна спостерігати найбільше зростання рівня самооцінки саме в цієї клієнтки, хоча рівень „оцінки” особистісного диференціалу значно знизився. В цій ситуації не можна ігнорувати стрімкого зростання параметру „сили”, який досяг максимального рівня. Т. ч., можна припустити, що збільшення рівня самооцінки

спровоковане не покращанням суджень про себе, а саме збільшенням впевненості у собі, своїх діях.

Для того, щоб прослідкувати цілісність та відповідність результатів опитування клієнтів, необхідно також звернути увагу на дані з локусу контролю клієнтів (дод. Л). – середні значення демонструють інтернальність у всіх сферах, крім „ставлення до здоров'я”, що доводить збільшення відчуття контролю та впевненості щодо різних сфер свого життя клієнтами, що співпадає із збільшенням параметру „сили” особистісного диференціалу. Важливо і те, що інтернальність у досягненнях в клієнтів є більшою, ніж інтернальність щодо невдач, тобто клієнти можуть брати на себе відповідальність за свої успіхи, більш їх цінувати, а щодо невдач – то вони схильні брати відповідальність на себе, але й приписувати їх ситуації. Такий чинник також може впливати на рівень самооцінки та самоефективності – учасники будуть відчувати менше провини та бути готовими до подальших дій (Рис 2.3.7.).

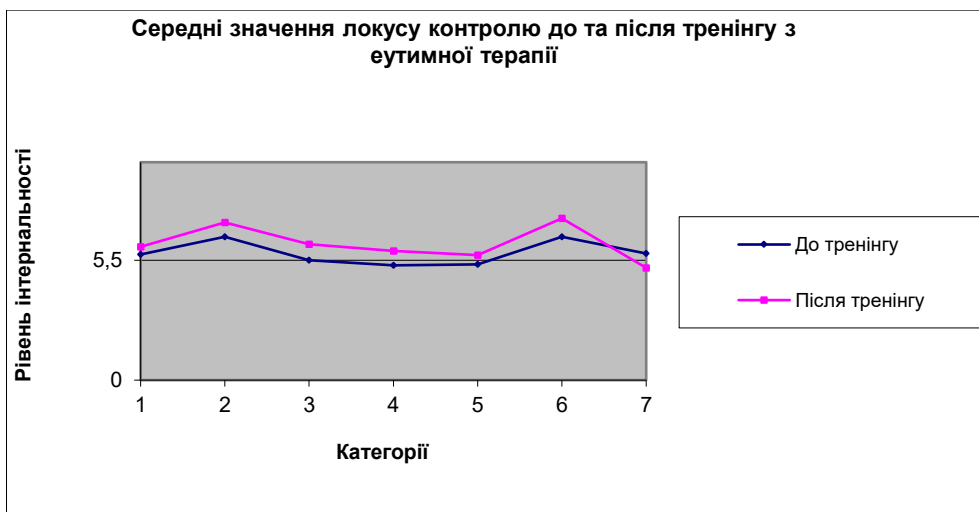


Рисунок 2.3.7. Порівняння середніх значень локусу контролю в клієнтів до та після тренінгу.

Таким чином, можна виокремити три параметри, за якими визначається поняття самоефективності – когнітивні судження щодо себе, впевненість у своїх діях та почуття контролю. Результати опитувань демонструють, що для того, щоб судити про самоефективність недостатньо лише мати позитивні судження про себе, як демонструє параметр „оцінки” особистісного диференціалу. Необхідно, щоб такі

судження співпадали з почуттям контролю щодо власних дій, як це можна спостерігати за показниками „сили” та „локусу контролю”. Тобто, конструкт самоефективності має складатися з таких компонентів, як когнітивний – судження щодо себе, емоційний – відчуття щодо себе, своїх дій, а також діяльнісний – відчуття контролю щодо дій, впевненість в тому, що дії будуть успішними.

Якщо згадати первинне оцінювання клієнтів, то найбільшою проблемою вони вважали невміння реагувати на стресові, конфліктні ситуації. Внаслідок тренінгу в учасників підвищилася задоволеність собою у зазначених параметрах, що можна спостерігати з відповідей на анкету 2 (дод. Е) Деякі підвищилися показники параметру цілепокладання, у відкритих питаннях щодо цього параметру клієнти відповідають, що „навчилися більш конструктивно ставити цілі”. Підвищився показник задоволення у роботі, клієнти зазначають, що „намагаються отримувати більше задоволення від щоденних завдань”.

Половина учасників впевнені, що будуть практикувати навички, отримані під час тренінгу. При чому найкориснішими виявилися знання та навички щодо реакції на критику, пошук позитивів у негативних ситуаціях, порівняння себе із собою, а не з ідеалом. Сумніви викликала вправа „Позитиви у неприємних людях” – деякі клієнти зазначають, що не будуть використовувати цих навичок.

Під час тренінгу з еутимної терапії клієнти мали знайти позитивні якості у людях, які їм неприємні. Клієнт 7 сказав, що він не може знайти жодної позитивної якості, при чому він натякнув, що ця людина – представник персоналу центру. Інші учасники запитали, чи дійсно так важко знайти позитиви, адже в багатьох інших це вийшло. Хтось припустив, що клієнт просто не хоче побачити по-іншому цю людину. Клієнт погодився. Інший клієнт також сказав, що не буде використовувати цієї вправи – йому не подобається шукати позитиви в людях. Тренер зробив висновок, що кожен має право ненавидіти когось, страждати. Учасники можуть використовувати цю навичку тільки за умови, що вони хочуть спокійнішого життя та позитивнішого сприймання інших. Якщо в них інша мета, тоді звичайно ця навичка ні до чого.

Крім опитування клієнтів за певними методиками, наприкінці тренінгу відбулося обговорення того, наскільки сподобався тренінг, чи був він корисним, що у клієнтів виходить робити, а що – ні. Більшість з клієнтів говорять про те, що в них вдається реагувати на критику та шукати позитиви у негативних ситуаціях. Найбільш проблематичним вважають кількість учасників – дуже багато інформації, яку важко „переварити” за довгий час усім учасникам. Важливим для себе клієнти визначають можливість спілкуватися на групі, легкість подання матеріалу.

Усі клієнти вважають, що тренінг з еутимної терапії є необхідним не тільки для людей із залежністю, а і для всіх інших. „Люди із залежністю звикли бачити тільки темні кольори у житті – такий тренінг необхідний для можливості побачити щось краще” – зауваження одного з клієнтів. Учасники відчують труднощі щодо додавання певних нових тем у тренінг – він складений досить комплексно. Але деякі побажання такі є – робота із почуттям задоволення в сімейних стосунках під час конфліктів, глибша робота зі стресом.

За зворотнім зв'язком ко-тренера, тренінг має логічну структуру, є досить інформаційно наповненим. Але у роботі не вистачає активізуючих вправ, на що зауважують і клієнти – група досить сильно втомлюється через наповненість занять. Також варто змінювати методи групової роботи – робити меншу кількість дискусій у випадку багаточисельної групи.

Тренінг з еутимної терапії включав у себе 8 сесій та тривав 9 днів (дод. 3). Щодня клієнти оцінювали своє самопочуття та настрій, а також тричі протягом тренінгу було повторно проведено опитування з методики особистісного диференціалу. Таким чином, можна відслідковувати настрій, сприйняття клієнтами окремих тем, ефект, який відбувався протягом тренінгу.

Варто зауважити про організаційні передумови тренінгу тому, що вони могли значно вплинути на результати. Такими чинниками, по-перше, можна назвати часті простудні захворювання, внаслідок чого частина учасників початок тренінгу відвідували епізодично, інші здавалися стомленими, адже не всі, хто хворів не ходили на заняття.

Іншою, але не менш важливою передумовою були режимні моменти у Центрі. Так, в перший день тренінгу клієнти отримали групове покарання, за невиконання домашнього завдання, внаслідок чого можна було спостерігати епізоди агресивної поведінки, яка виражалася у висловлюваннях, також було помітне значне незадоволення, яке передавалося і на початок занять. З часом група залучилася до роботи, що можна прослідкувати і за суб'єктивною оцінкою власного стану (дод. М) – на четвертий день занять (тема “Спілкування з іншими”) настрої учасників починає стрімко підвищуватись. Але в останній день тренінгу група знов отримала колективне покарання, оскільки ніхто з клієнтів не взяв на себе відповідальність за наявність у центрі забороненої речовини – пляшки пива, внаслідок чого виникло обурення, дратівливість, яка була відчутна майже на всьому останньому занятті. Такий стан клієнтів міг вплинути на результати тестувань, які відбувались в той день. Саме тому, дуже важливим є звернення уваги на опитувальник із самооцінки самопочуття та настрою, оскільки можна буде припустити, чому результати тестувань є саме такими – чи це результат проведеної роботи, чи низка зовнішніх факторів (Рис 2.3.8.).

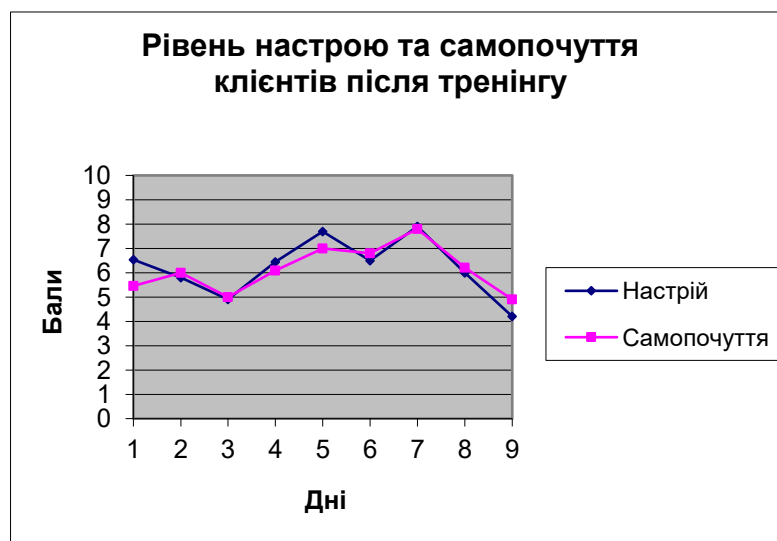


Рисунок 2.3.8. Рівень самопочуття та настрою клієнтів після тренінгу з еутимної терапії (за шкалою 0-дуже поганий, 10-дуже добрий, середнє значення - 5).

Досить показовими на першій сесії були вправи „Переписана автобіографія” та „Проект автобіографії”. Протягом вправи виявилось, що третина клієнтів були чемпіонами чи школи, чи технікуму з якогось виду спорту, один клієнт навіть керував літаком. Але клієнти весь час намагалися перевести фокус із позитивних досягнень на вирази типу: „Але це все одно, я ж почав вживати, тепер у мене нічого немає”, один з учасників навіть прямо заявив, що якщо він буде думати про себе добре, то обов’язково розслабиться та стане поганим. Така реакція не була очікуваною, адже більшість клієнтів досить довго знаходяться у центрі і мають принаймні бути знайомими з такими методами як самопідкріплення. Саме тому тренер спонтанно вирішив продемонструвати учасникам схему впливу певних когніцій, а саме – позитивних та негативних на подальшу поведінку людини. Основною була ідея того, що не ситуація, а лише погляд на неї, те чи інше тлумачення ситуації дійсно може впливати на подальшу поведінку. Під час зворотного зв’язку той клієнт, який був найбільшим противником знаходження позитивів у собі, сказав: „Я думаю, нічого страшного не станеться, якщо я визнаю, що щось дійсно добре робив у минулому”. Таким чином, це пояснення надало поштовху та трохи зменшило заперечення до ідеї, яка була неприйнятною для клієнтів на початку.

Друга сесія з самооцінки пройшла набагато легше – не відчувалося такої сильної протидії, як на попередньому занятті. Третя сесія, присвячена адаптації в стресових ситуаціях, викликала жваву дискусію щодо того, що таке стрес.

Вправа „Добре в поганому” викликала дуже бурхливу агресивну реакцію в учасників 13 та 6. Ці клієнти почали говорити, що неможливо реагувати на стрес позитивно – це „дурниця”, адже бувають такі стреси, як наприклад підозра у крадіжці, або якщо на вулиці тебе обікрали та побили. Після цих прикладів деякі клієнти автоматично сказали: „Але ж ти залишилася живою”. Почалися крики про те, що не можна так сприймати стрес, оскільки людина не здатна на це. Цікавою та ключовою в цьому моменті була розповідь волонтерки Н. про те, що її намагалися згвалтувати, після чого вона не могла рік спілкуватися з чоловіками. Тільки після того, як на вулиці вона нагрубилася молодому чоловіку, який питає, як пройти на

якусь вулицю, вона зрозуміла, що сама втрачає радість від спілкування через свій страх. Саме тоді вона знов стала спілкуватися. Після цього монологу клієнти дещо затихли – такий випадок є дуже важливим та показовим, оскільки деякі ситуації змінити вже не можна, але люди продовжують страждати, при чому роблять „нешасним” своє життя вже вони самі, а не ситуація. Через одне заняття клієнтка 13, яка не розуміла позитивну реакцію на стрес, сказала, що вона пробує змінити своє ставлення, мабуть тому останні дні в неї дуже добрий настрій, що підтверджують і опитники з настрою та самопочуття.

Другим етапом тренінгу можна вважати блок сесій “Цілепокладання”, “Стосунки з іншими людьми”. В цей період в клієнтів зростають параметри „оцінки”, „сили”, трохи зменшується „активність”. Також можна спостерігати значне підвищення параметрів настрою та самопочуття під час зазначених сесій (Рис 2.3.9.).

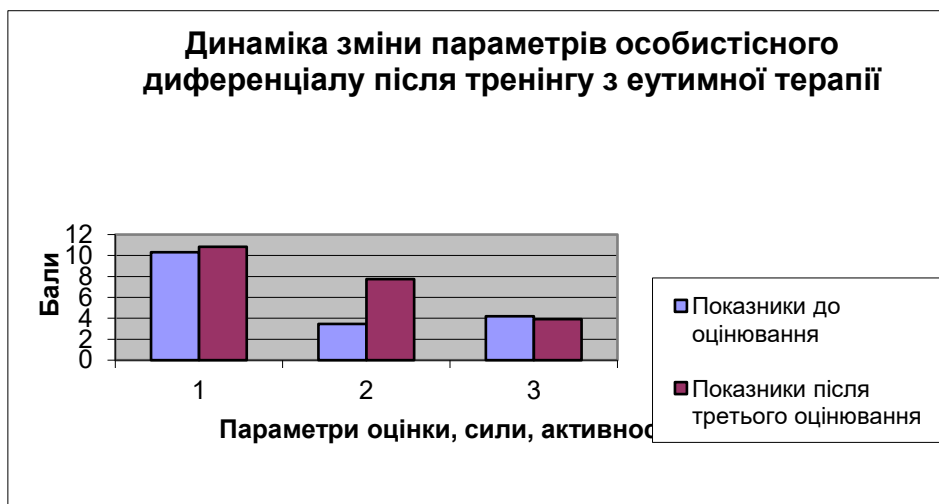


Рисунок 2.3.9. Динаміка змін, оцінених за методикою „Особистісний диференціал” за параметрами, „оцінки” - 1, „сили” - 2, „активності” - 3.

Найприємнішою протягом всього тренінгу можна назвати сесію „Задоволення від спілкування - 1”, а саме вправу „Задоволення для дорогих мені людей”, протягом якої клієнти намагалися знайти ті речі – матеріальні та нематеріальні, які можуть сподобатися іншим людям. Важливим було також те, що клієнтам більше вдалося знайти приємні речі, які можна зробити без грошей – прокричати на всю вулицю щось приємне, написати вірша. Оскільки домашнім завданням після сесії

було зробити щось приємне людям з центру, клієнти припустили, що пару днів в установі буде панувати „суцільна любов”, та побажали, щоб так було і далі.

Тільки під час останньої сесії цього періоду “спілкування з іншими” настроїв учасників дещо знизився. Це можна пояснити тим, що в цьому занятті клієнти мали зуміти передати свої почуття дорогій їм людині, можливо тій, яка не знаходиться у центрі. Оскільки клієнти не звикли виражати свої почуття вербально, така вправа викликала багато роздумів та негативних емоцій, пов’язаних із усвідомленням того, що необхідним є вираження своїх емоцій, але це дуже важко зробити.

Так, клієнт 5 навіть не взяв участь у подальших вправах після „Розмови з дорогою людиною” – він намагався поговорити зі своїм батьком, але в його сім’ї не прийнято виражати свої почуття, емоції. Він не зміг відкритися учаснику, який мав грати його батька. Пізніше він сказав, що йому хотілося плакати, а це було соромно. Звичайно, на сесії обговорювалося питання стереотипів, наприклад, що „чоловіки не плачуть, не виражають свої емоції”. І клієнт розуміє це на когнітивному рівні, але дуже важко приймає на емоційному. Тренінгові вправи дають поле для обмірковування певних тем, цього замало, щоб клієнт міг інтерналізувати певні судження.

Під час дискусії „Моя улюблена робота” клієнт 3 сказав, що для нього не важливо, яка робота, важливо – яка заробітна платня – він має забезпечувати родину. Клієнт 11 у відповідь сказав, що дітям набагато важливіше відчувати підтримку та увагу, ніж гроші. Можливо таке висловлювання спровоковане тим, що в цього клієнта важкі стосунки у сім’ї. Він сам – батько, але з дитиною не спілкується, бо з дружиною розлучений. В цю дискусію досить агресивно втрутився клієнт 6 – він почав сперечатися з учасником 11, образив його. Він сам батько, але дочку свою також не бачить. Мало того, він набагато старший клієнта 11, але почав сварку щодо того, що означає “бути батьком”. Можливо, така суперечка відбулась тому, що клієнти 11 та 6 є суперниками щодо лідерства у групі – клієнт 11 вважається одним з найрозумнішим, а клієнт 6 – старшим та таким, що має більше досвіду. Було помітно, як група починає нервувати, оскільки у конфлікті участь брали тільки ці два учасника. Тренер не поспішав із зупиненням

сварки, оскільки це досить живе питання, а якщо інші учасники не висловлюються, то мабуть вони визнають такий „бій” та лідерство. Внаслідок цього настрої групи знизився.

Саме тому наступний вид діяльності не викликав у клієнтів ентузіазму, почалися складнощі з розумінням інформації, прояви роздратування. Наприклад, учасник 8 після заняття відвідав консультацію, на якій основним запитом було нерозуміння поняття психологічного простору, а також можливості знайти роботу, яка б задовольняла. Також клієнт дратується через те, що йому важко засвоювати інформацію на груповому занятті – він не встигає за іншими учасниками тому, що має пропрацювати тему до кінця, щоб перейти на іншу. Його настрої після заняття знизився.

Остання сесія “задоволення в роботі - 2” характеризується підвищенням настрою не зважаючи на дисциплінарне покарання клієнтів у центрі, про яке було сказано вище. Спочатку заняття клієнти робили спробу саботувати групу, але в ході тренінгу тренер наголошував на тому, що вони втрачають щось важливе для себе, хоча їх емоції можна зрозуміти.

Так, будь-яка тема або вправа заняття неодмінно переходила на нарікання щодо покарання. Пошук занять, які приносять задоволення, обов’язково закінчувався фразою: „А ось що робити, якщо мені не дають робити те, що мені подобається? Ось, наприклад це покарання.”. Здавалося, клієнти хочуть спровокувати тренера або на їхню підтримку, що б означало ніби то „змову” проти інших соціальних працівників, або на конфронтацію, що надало би змогу „справедливо” проігнорувати заняття. Після пари таких висловів тренер достроково завершив вправу та сказав, що клієнтів можна зрозуміти, але можна відділити заняття від покарання, адже користі від такого заняття немає. Клієнти навіть спробували обговорити те, що відбулося, спробували пошукати позитиви у ситуації – в деяких це вийшло, а деякі чинили супротив переміні сприйняття покарання.

Також дуже важливим було проведення вправи “неприємні справи”, на якій клієнти мали змогу відіграти неприємні почуття та емоції, спрямовані на

соціальних працівників, змогли це проговорити. Саме тому можна проінтерпретувати результати тестування так, що в клієнтів була можливість пропрацювати їхнє роздратування та гнів, покращити настрій, хоча рівень настрою та самопочуття, оцінений за методиками, залишився досить низьким.

Вправа „Приємні справи”, не зважаючи на поганий настрій групи, виявилася дуже веселою – клієнти обговорювали, як вони покарають собаку, який ніби-то приймав участь у пошуку пива у центрі. Тренер проявив нейтральність щодо вибору тем, що допомогло клієнтам говорити про те, що хотілося. Вони змогли перевести свою образу у щось смішне та не таке страшне. Відчувалося певне полегшення у групі.

Зважаючи на процес проведення тренінгу з еутимної терапії, можна зробити такі висновки:

1. Для того, щоб прослідкувати зміни стану клієнтів внаслідок занять, а також відокремлювати їх від зовнішніх факторів, необхідно використовувати гнучкі та швидкі самооцінки настрою, самопочуття. Звичайно, це є суб'єктивним вимірюванням, але за допомогою нього легше інтерпретувати більш стабільні зміни.

2. Перед тим, як проводити опитування клієнтів необхідно зважати на такі явища як захворювання, епідемії, оскільки хворобливий стан дуже впливає на результати оцінювання.

3. Процес мотивування клієнтів щодо будь-яких тренінгових занять є необхідною умовою, в іншому випадку можна спостерігати споживацьке ставлення щодо діяльності. Крім іншого, таким методом мотивування може виступити і психодіагностичне оцінювання до та після тренінгів. На прикладі тренінгу з еутимної терапії, клієнти дуже очікували на заняття, були більш зацікавленими у власних результатах, що проявлялося після тестування.

4. У закритих режимних відділеннях, таких, як Маріїна школа, досить важко підтримувати сталою чисельність та склад групи – ті учасники, які хворіють, раніше чи пізніше повертаються на заняття, при цьому порушуються групові процеси, зменшується активність учасників. Крім того, режимні процеси, такі як

вступ у групу відбуваються незалежно від занять, що проводяться. Можливо, було б варто ввести правила щодо приєднання до групи – на початку наступного блоку сесій. Також важливо мати альтернативи проходження групових занять для тих клієнтів режимних установ, які не встигли приєднатися до групи.

5. Тренінг з еутимної терапії варто було б продовжити з таких тем, як “Спілкування в родині”, “задоволення в роботі”, оскільки ці теми зачіпають досить проблематичні сфери в житті людей із залежністю – варто звернути більше уваги на групові дискусії з цих тем, включити більше рольових вправ щодо відігравання почуттів. Хоча в групі, де учасники спілкуються і проживають один з одним за межами занять, дуже важко проводити подібні вправи, оскільки існують побоювання та недовіра один до одного.

6. Не варто нехтувати активізуючими вправами, навіть якщо в занятті дуже багато активностей, але мало часу. Без проведення таких вправ учасники досить швидко втомлюються, знижується ефективність роботи.

7. До проведення тренінгу з еутимної терапії необхідно долучати індивідуальну роботу, адже тільки тренінгова не дає змогу клієнтам інтерналізувати те нове, що вони знаходять у групі – необхідно більше часу та зусиль, індивідуальний підхід.

8. В процесі реабілітації людей із проблемами залежностей необхідно звертати увагу при будь-якому виді діяльності на важливості самопідкріплення та позитивного сприйняття себе, що не означає прищеплювати клієнтам завищену самооцінку. Людина, яка має позитивні уявлення щодо себе, має більше шансів на досягнення своєї мети, виконання планів, ніж та, яка вважає себе „поганою”.

2.4. Практичні рекомендації щодо підвищення самоефективності наркозалежної молоді

Для підвищення самоефективності людей із залежністю в умовах реабілітаційних установ необхідно:

1. Враховувати у реабілітаційному процесі конструкт самоефективності та використовувати методи його підвищення, а саме:

- використання наснажуючого та підкріплюючого стилю консультування та спілкування з клієнтами, що відповідає такому джерелу самоефективності, як вербальне переконання.

- надання частини контролю клієнту – цьому може сприяти як стиль консультанта, так і звернення до минулого успішного досвіду клієнта.

- Залучення до роботи в агенції людей із залежністю, що відповідає такому джерелу самоефективності, як замісний досвід.

- Використання у груповій та індивідуальній роботі методів когнітивного реструктурування, а саме зміни фокусу з негативних на позитивні емоції, навчання самопідкріпленню. Психокорекційна робота має бути спрямована на відновлення емоційної адекватності, вміння диференціювати позитивні та негативні емоції з акцентом на пріоритет позитивних при вирішенні особистих та соціальних задач.

2. Дослідити довгостроковий вплив таких втручань після закінчення реабілітації клієнтом з використанням додаткових оцінкових методик, які визначають самоефективність.

Для оптимізації проведення тренінгу з еутимної терапії, необхідно:

1. Бажано використовувати гнучкі та швидкі самооцінки настрою, самопочуття.

2. Необхідно зважати на такі явища як захворювання, епідемії, оскільки хворобливий стан дуже впливає на результати оцінювання.

3. Тренінг з еутимної терапії варто продовжити з таких тем, як “Спілкування в родині”, “задоволення в роботі”, оскільки ці теми зачіпають досить проблематичні сфери в житті людей із залежністю – варто звернути більше уваги на групові дискусії з цих тем, включити більше рольових вправ щодо відігравання почуттів.

4. Не варто нехтувати активізуючими вправами, навіть якщо в занятті дуже багато активностей, але мало часу. Без проведення таких вправ учасники досить швидко втомлюються, знижується ефективність роботи.

5. До проведення тренінгу з еутимної терапії необхідно долучати індивідуальну роботу, адже тільки тренінгові робота не дає змогу клієнтам інтерналізувати те нове, що вони знаходять у групі – необхідно більше часу та зусиль, індивідуальний підхід.

6. Варто ввести правила щодо приєднання до групи – на початку наступного блоку сесій. Також важливо мати альтернативи проходження групових занять для тих клієнтів режимних установ, які не встигли приєднатися до групи.

7. Чисельність групи має бути невисокою – 8-10 людей, оскільки тренінг є насиченим та досить тривалим. Також необхідно додавати активізуючі вправи для того, щоб клієнти мали змогу переключити увагу та відпочити.

8. Крім того, необхідно дослідити довгостроковий вплив таких втручань після закінчення реабілітації клієнтом з використанням додаткових оцінкових методик, які визначають само ефективність, що і стане наступним кроком у наших наукових розвідках.

Висновки до другого розділу

1. Базою проведення дослідження з впливу тренінгу еутимної терапії на самоефективність осіб з наркотичною залежністю обрано реабілітаційне відділення ГО «Довгі літа», метою якого є соціально-психологічна реабілітація осіб з проблемами залежностей. Саме через основні методи роботи, які визначаються як соціально-психологічні було обрано цей заклад. Для проведення дослідження було обговорено з керівництвом центру надання 2 тижнів для проведення тренінгу з еутимної терапії, що є частиною даного дослідження. Такий час було визначено за критеріями відповідності суттєвої частини тренінгу іншим видам діяльності реабілітаційного центру. Час проведення сесій тренінгу визначався внутрішнім розкладом установи. Загальний час проведення дослідження склав 4 тижні, що пов'язано з діагностичними етапами дослідження.

2. Дослідження впливу тренінгу з еутимної терапії на самоефективність осіб із залежністю є поетапним, що впливає із його діагностичних та корекційних завдань. Відповідними етапами є:

- Проведення попереднього анкетування та тестування клієнтів за методиками: „Рівень самооцінки”, „Особистісний диференціал”, „Локус контролю”, „Незавершені речення”. Тривалість цього етапу – два дні.

- Проведення тренінгу з еутимної терапії із паралельним тестуванням клієнтів за методиками: „Самооцінка настрою та самопочуття” – щоденно, „Особистісний диференціал” – 4 рази, включно з початковим та кінцевим опитуванням. Тривалість - 10 днів.

- Кінцеве анкетування та опитування клієнтів за методиками: „Рівень самооцінки”, „Особистісний диференціал”, „Локус контролю”, „Незавершені речення”. Тривалість - один день.

- Відстрочене анкетування клієнтів. Тривалість – два дні.

До участі в тренінгу з еутимної терапії залучені всі клієнти відділення, які перебували в програмі на час проведення дослідження, і строк абстиненції яких складав більш ніж 2 тижні. Це означає, що всі клієнти пройшли попередній мотиваційний етап реабілітації терміном два тижні і розпочали проходження основного етапу.

3. В тренінгову групу увійшли 20 досліджуваних, з яких 10 – опійні наркозалежні, 5 – алкозалежні, 5 – люди залежні від опіоїдів та алкоголю. Середній вік учасників – 25 років, наймолодшим учасникам – 19 роки, найстаршому – 30. Серед учасників 17 чоловіків і 3 жінки. Перебування досліджуваних в програмі сягає від 2 тижнів до 3 місяців, при чому більшість за цей період брали участь в тренінгових заняттях, що стосуються самопізнання, стосунків в сім’ї, ставлення до роботи. Оцінювання самоефективності досліджуваних із залежністю відбувалося за декількома методиками: оцінювання рівня самооцінки, особистісний диференціал, тестування з локусу контролю, «незавершені речення». Як було вказано в попередньому розділі, самооцінка людини має вплив на самоефективність, як і інтернальний локус контролю. Саме тому для оцінки самоефективності було обрано такі методики.

4. За методиками можна зробити декілька загальних висновків:

- Клієнти відчувають найбільші проблеми в емоційній сфері – це може відбуватись через те, що для клієнтів є незвичним вирішування конфліктів та адаптація до стресових ситуацій без вживання психоактивних речовин.

- Найбільшу невпевненість викликають ті сфери, з якими клієнти зустрічаються дуже часто – стосунки з іншими людьми, вирішення конфліктних та стресових ситуацій. Найменше проблем викликають ті сфери, до яких клієнти не є прямо залученими – ставлення до роботи.

- Не зважаючи на часте повторення ситуацій конфліктів, стресів та спілкування, більшість клієнтів не практикують навичок, отриманих в програмі, що пояснюють недостатністю ситуацій для практики. Такий результат можна проінтерпретувати або як дійсний брак знань, або як брак самоефективності, впевненості у своїй можливості успішно використати навички, які є.

- Досить багато учасників відчувають проблеми у ставленні до себе, але слід зауважити, що перед опитуванням всі брали участь в тренінгу із самопізнання. З цього можна зробити висновок, що клієнти на групах зачіпали теми, які є важливими, можливе переживання певних емоцій та вироблення рішень щодо себе та змін у собі.

- Самооцінка включає в себе не тільки когнітивні та емоційні компоненти, а також діяльнісні. Так, у клієнтів за результатами тестування співпадають показники середньої або нижчої за середню самооцінку із показниками параметрів „сили” та “активності” з методики особистісного диференціалу, які також є середніми, не зважаючи на високі показники „оцінки” з цієї ж методики. Таким чином, рівень самооцінки клієнтів у сполученні з локусом контролю та параметрами „сили” та “активності” особистісного диференціалу можуть свідчити про рівень самоефективності, який у групі є середнім та нижчим за середній.

5. Оцінка результатів тренінгу з еутимної терапії відбувалася в два етапи – опитування наприкінці тренінгу та відстрочене опитування. Опитування наприкінці тренінгу відбувалося за анкетною (дод. Е), методиками: „незавершені речення”, „рівень самооцінки”, „локус контролю”, „особистісний диференціал”.

Таким чином, за результатами тренінгу з еутимної терапії можна зробити такі висновки:

- Внаслідок проведення тренінгу з еутимної терапії в учасників групи підвищилося почуття власного контролю, що можна спостерігати за результатами методик особистісного диференціалу, локусу контролю. Також можна спостерігати зростання рівня самооцінки, а також емоційного сприйняття себе та своїх невдач. Внаслідок цього можна стверджувати, що в середньому в групі рівень самоефективності збільшився.

б. Основним висновком, який можна зробити з даного дослідження є те, що саме метод когнітивного реструктурування, який лежить в основі тренінгу з еутимної терапії, підвищує самоефективність осіб з наркотичною залежністю. Це можна пояснити тим, що зміна установок людини стосовно своїх можливостей, своєї поведінки, як когнітивний компонент, значно збільшують самооцінку клієнтів. З іншого боку, поведінкові методи, які використовуються разом із цим, дозволяють людині на практиці переконатися у своїй спроможності ставати агентом змін. Можна припустити, що досліджувані мають певні очікування щодо ситуації реабілітації, оскільки заклад є авторитетним для них – вони вірять, що реабілітація надасть бажаний результат. Але з самого початку тренінгу клієнти проявляли невпевненість щодо власних сил справлятися з важкими ситуаціями. Тобто, в клієнтів було присутнім очікування результатів, але була досить низька або середня самоефективність, що довели і оцінкові методики. Після закінчення тренінгу внаслідок застосування саме методу когнітивного реструктурування, в клієнтів змінився погляд на себе, вони стали більш впевненими щодо власних сил, а не тільки щодо можливостей реабілітаційної програми. Такі результати вказують на те, що самоефективність є одним із найважливіших факторів реабілітаційного процесу, а не тільки очікування від самої програми. Цей висновок підтверджують і інші дослідження. R. Schwarzer та R. Fuchs також виокремлюють поняття очікування результатів, що означає бачення позитивних ефектів саме від пропонованих змін, при якому людина залишається пасивною у власних діях.

Іншим параметром є самоефективність – віра в те, що людина зможе впровадити ці зміни . Саме цей параметр є визначальним при процесі змін.

ВИСНОВКИ

1. Залежність від наркотиків є адаптивною поведінкою, що спрямована на полегшення болю, викликаного афектами, і на те, щоб на деякий час підвищити спроможність володіти собою і функціонувати. Таким чином, наркотична залежність - це поведінковий синдром з домінуванням потягу до отримання наркотиків та їх споживання в мотивації особистості, що зумовлений значними порушеннями у психосоціальному розвитку людини.

Наркотична залежність характеризується:

- втратою контролю над вживанням;
- амбівалентним ставленням до наркотиків;
- труднощами в емоційній саморегуляції (непереносимість почуттів, крайність проявів, переважання негативних почуттів);
- нестійкою самооцінкою, уявленням про себе, інших людей і загалом оточуючий світ;
- стійкістю до реабілітаційних втручань, частих рецидивах;
- негативними соціальними наслідками.

Проблема залежності може вирішуватись тільки за умови бажання людини, тобто необхідний мінімальний рівень її мотивації. Таким чином, однією з найголовніших задач реабілітації є створення умов для посилення мотивації залежного до змін. Особистісні характеристики осіб, що є залежними значно впливають на мотиваційні процеси щодо змін, адже такі конструкти як самооцінка, впевненість у собі, локус контролю визначають, якими будуть установки людини не тільки щодо реабілітації, але й до своєї спроможності змінюватися. Отже, для того, щоб дійсно впливати на такі процеси як готовність людини до змін, а не тільки на технічну спроможність справлятися з небезпечними ситуаціями, необхідно більш детально дослідити саме процеси, які впливають на впевненість людини щодо власного вміння досягати певних цілей, що складає поняття самоефективності.

2. Окремим методом у вирішенні емоційних проблем клієнта є «Тренінг з еутимної терапії», розроблений В. Ромеком [71]. Еутимна терапія – вид поведінкової психотерапії, що ставить собі за мету розвиток когнітивних і поведінкових стратегій отримання задоволення і досягнення гарного самопочуття (від грецького «eu», «euthenein» – добре, процвітати). Найчастіше використовується і добре себе зарекомендував метод еутимної терапії, що на сьогоднішній день називають «тренінг насолоди» (Ромек, 2003). Цей тренінг спрямований на навчання клієнтів отримувати задоволення від того життя, яке вони мають, фокусувати увагу на тих об'єктах та переживаннях, які викликають задоволення. На противагу пошуку задоволення від наркотичних речовин, такий тренінг підвищує толерантність до фрустрацій, оскільки людина навчається приймати ситуацію та змінювати її без штучної зміни свого стану. Тренінговий метод еутимної терапії, в силу його технологічності, взятий за основу для розробки програми проведення даної роботи із залежними з метою підвищення їхньої самоефективності.

3. У процесі емпіричного дослідження перед використанням тренінгу були виявлені наступні особливості:

- Досліджувані відчувають найбільші проблеми в емоційній сфері – це може відбуватись через те, що для досліджуваних є незвичним вирішування конфліктів та адаптація до стресових ситуацій без вживання психоактивних речовин.

- Найбільшу невпевненість викликають ті сфери, з якими досліджувані зустрічаються дуже часто – стосунки з іншими людьми, вирішення конфліктних та стресових ситуацій. Найменше проблем викликають ті сфери, до яких клієнти не є прямо залученими – ставлення до роботи.

- Не зважаючи на часте повторення ситуацій конфліктів, стресів та спілкування, більшість досліджуваних не практикують навичок, отриманих в програмі, що пояснюють недостатністю ситуацій для практики. Такий результат можна проінтерпретувати або як дійсний брак знань, або як брак самоефективності, впевненості у своїй можливості успішно використати навички, які є.

- Досить багато досліджуваних відчувають проблеми у ставленні до себе, але слід зауважити, що перед опитуванням всі брали участь в тренінгу із самопізнання. З цього можна зробити висновок, що клієнти на групах зачіпали теми, які є важливими, можливе переживання певних емоцій та вироблення рішень щодо себе та змін у собі.

- Самооцінка включає в себе не тільки когнітивні та емоційні компоненти, а також діяльнісні. Так, у досліджуваних за результатами тестування співпадають показники середньої або нижчої за середню самооцінку із показниками параметрів „сили” та “активності” з методики особистісного диференціалу, які також є середніми, не зважаючи на високі показники „оцінки” з цієї ж методики. Таким чином, рівень самооцінки клієнтів у сполученні з локусом контролю та параметрами „сили” та “активності” особистісного диференціалу можуть свідчити про рівень самоефективності, який у групі є середнім та нижчим за середній.

Оцінка результатів тренінгу з еутимної терапії відбувалася в два етапи – опитування наприкінці тренінгу та відстрочене опитування.

- Внаслідок проведення тренінгу з еутимної терапії в учасників групи підвищилося почуття власного контролю, що можна спостерігати за результатами методик особистісного диференціалу, локусу контролю. Також можна спостерігати зростання рівня самооцінки, а також емоційного сприйняття себе та своїх невдач. Внаслідок цього можна стверджувати, що в середньому в групі рівень самоефективності збільшився.

- У учасників або не змінилося або зменшилося відчуття себе особистістю, позитивне визначення своїх якостей. Здається, що стрімке зростання результатів за методикою „Рівень самооцінки” не співпадає з результатами особистісного диференціалу. Але, якщо звернути увагу на параметр „сили”, то порівняно з першими результатами він дуже підвищився, тобто клієнти відчувають більше контролю за своїм життям, більш впевнені у собі

- Важливо і те, що інтернальність у досягненнях в клієнтів є більшою, ніж інтернальність щодо невдач, тобто клієнти можуть брати на себе відповідальність за свої успіхи, більш їх цінувати, а щодо невдач – то вони схильні брати

відповідальність на себе, але й приписувати їх ситуації. Такий чинник також може впливати на рівень самооцінки та самоефективності – учасники будуть відчувати менше провини та бути готовими до подальших дій

- Якщо прослідкувати емоційний компонент самоефективності, можна звернути увагу на результати учасників у методиці „незавершені речення”, яка включала такі параметри як „ставлення до себе”, „ставлення до майбутнього”, „ставлення до невдач”, „страхи”, „життєва мета”. За графіком можна спостерігати, що в клієнтів відбулися позитивні зміни в усіх параметрах, а особливо у „ставленні до себе”, „ставленні до невдач”

- Результати анкети, та рівня самооцінки, то на початку тренінгу ці показники також були середніми, а після тренінгу стали вищими, що співпадає з більш позитивними твердженнями щодо себе у „незавершених реченнях”

- Збільшилася здатність приймати свої невдачі у позитивному ключі, не надбудовувати трагічних висновків щодо перешкод. Таким чином, і в цьому параметрі судження змінилися з нейтральних або навіть негативних на позитивні, можна спостерігати меншу фрустрацію або більший рівень прийняття перешкод, а також емоційну впевненість у їх вирішенні або подоланні.

- Почуттєвий компонент самоефективності також підвищився внаслідок тренінгу з еутимної терапії, як і компонент контролю щодо свого життя.

- Дещо підвищилися показники параметру цілепокладання, у відкритих питаннях щодо цього параметру клієнти відповідають, що „навчилися більш конструктивно ставити цілі”. Підвищився показник задоволення у роботі, клієнти зазначають, що „намагаються отримувати більше задоволення від щоденних завдань”.

- Через два тижні після завершення тренінгу відбулося повторне опитування досліджуваних, а також групове обговорення результатів тренінгу. За результатами анкетування у клієнтів продовжує зростати рівень задоволеності собою у таких параметрах як „ставлення до себе”, „ставлення до роботи”, „поведінка в конфліктах, стресових ситуаціях”, „ставлення до інших людей”. Показник із

„цілепокладання” дещо знизився. У відкритих питаннях клієнти зазначають, що в них „підвищується самооцінка”, „став більше себе поважати, став впевненішим”, „перестаю себе із кимось порівнювати, хоча це й не завжди вдається”. Значно збільшилося задоволення собою у питанні виявлення негативних емоцій.

- Найбільш впливовими факторами під час тренінгу клієнти називають надану інформацію, продемонстровані навички, стиль роботи тренерів, спілкування в групі. Повторне опитування продемонструвало певні зміни у сприйнятті клієнтами тренінгу.

4. Практичні рекомендації щодо застосування тренінгу з еутимної терапії в психологічній реабілітації наркозалежних осіб:

- Бажано використовувати гнучкі та швидкі самооцінки настрою, самопочуття.

- Необхідно зважати на такі явища як захворювання, епідемії, оскільки хворобливий стан дуже впливає на результати оцінювання.

- Тренінг з еутимної терапії варто продовжити з таких тем, як “Спілкування в родині”, “задоволення в роботі”, оскільки ці теми зачіпають досить проблематичні сфери в житті людей із залежністю – варто звернути більше уваги на групові дискусії з цих тем, включити більше рольових вправ щодо відігравання почуттів.

- Не варто нехтувати активізуючими вправами, навіть якщо в занятті дуже багато активностей, але мало часу. Без проведення таких вправ учасники досить швидко втомлюються, знижується ефективність роботи.

- До проведення тренінгу з еутимної терапії необхідно долучати індивідуальну роботу, адже тільки тренінгові робота не дає змогу клієнтам інтерналізувати те нове, що вони знаходять у групі – необхідно більше часу та зусиль, індивідуальний підхід.

- Варто ввести правила щодо приєднання до групи – на початку наступного блоку сесій. Також важливо мати альтернативи проходження групових занять для тих клієнтів режимних установ, які не встигли приєднатися до групи.

- Чисельність групи має бути невисокою – 8-10 людей, оскільки тренінг є насиченим та досить тривалим. Також необхідно додавати активізуючі вправи для того, щоб клієнти мали змогу переключити увагу та відпочити.

- Крім того, необхідно дослідити довгостроковий вплив таких втручань після закінчення реабілітації клієнтом з використанням додаткових оцінкових методик, які визначають само ефективність, що і стане наступним кроком у наших наукових розвідках.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Алкогольная и наркотическая зависимость. Терапевтические подходы. Вводный курс, разд. 9. М., 2001. 218 с.
2. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. Методическое руководство. Ярославль : «Добро», 2002. 324 с.
3. Березин С. В., Лисецкий К. С. Психология ранней наркомании. М. : «Самара», 2000. 281 с.
4. Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В. и др. Наркомании у подростков. Киев : Здоровье, 1989. 216 с.
5. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости. М. : «Физкультура и спорт», 1997. 334 с.
6. Валентик Ю. В., Вострокнутов Н. В., Гериш А. А., Дудко Т. Н., Котельникова Л. А. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. М., 2001. URL: http://www.narkotiki.ru/oinfo_2558.html#ao.
7. Ван дер Берг К., Бувальда В. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажеров / Под ред. В.Б. Позняка: Пер. с англ. Минск : издательство «Интертракт», 1997. 124 с.
8. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. Учебное пособие. М. : Издательство «Ось-89», 2000. 224 с.
9. Введення в соціальну роботу. Навчальний посібник. К. : Фенікс, 2001. С.17-19.
10. Витакер Д. С. Группы как инструмент психологической помощи. М., 2000. 432 с.
11. Волкова Т. В. Распространенность употребления психоактивных веществ в молодежной среде. URL: http://www.narkotiki.ru/expert_5606.html.
12. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1998. URL: [WHO/HPR/HEP/98.1](http://www.who.int/hpr/HEP/98.1).

13. Гоголева А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М., Воронеж, 2003. 240 с.
14. Горноста́й П. П., Васьковская С. В. Теория и практика психологического консультирования. К. : Наукова Думка, 1995. 128 с.
15. Горски Т., Миллер М. Остаться трезвым. М, 2000. 235 с.
16. Горски Т. Путь выздоровления. М. : Институт общегуманитарных исследований. 2003. 182 с.
17. Гроф К. Жажда целостности. Наркомания и духовный путь. М. : Институт трансперсональной психологии, Изд. Саттва, 2000. 272 с.
18. Гурвич И. Н. Экзогенные психические расстройства. URL: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/10.html>.
19. Гурвич И. Н., Цветкова Л. А., Щур Н. В. Наркопотребление в студенческой среде: поведенческие особенности URL: <http://www.narcom.ru/ideas/socio/109.html>.
20. Грюнвальд Б. Б., Мак Аби Г. Наркомания, алкоголизм и другие злоупотребления у подростков. Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. №3. С. 15-19.
21. Данилина И. Факторы риска развития наркозависимости подростка URL: http://www.narkotiki.ru/teenpsych_5379.html.
22. Даренский И. Д. Психотерапия в наркологии. М., 2012. 512 с.
23. Джонсон В. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. М. : Инст-т общегуманитарных исследов. 2002. 128 с.
24. Джоунс М., Рапопорт Р. Терапия средой: терапевтическое сообщество. Техники консультирования и психотерапии. М., 2000. 532 с.
25. Дудко Т.Н., Пузенко В.А., Котельникова А. А Дифференциальная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации. М. : Изд. «Нарконет», 2001. 384 с.
26. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб. : Речь, 2004. 368 с.

27. Ентони В., Коен М., Фаркас М. Психіатрична реабілітація / Пер. з англ. В.Штенгелова. К. : Сфера, 2001. 298 с.
28. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск : Наука, 1988. 198 с.
29. Занюк С. Психология мотивации. К. : Эльга-Н; Ника-Центр, 2002. URL: <http://tkd.kulichki.net/psih/index.htm>.
30. Касяненко О. Ю., Стецков О. В. Групповая терапия. Денний центр як форма соціально-психологічної реабілітації наркозалежних. К. : «Карат», 2004. С.62-72.
31. Козлов А. А., Рохлина М. Л. «Наркоманическая» личность. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. №7. URL: http://www.narkotiki.ru/expert_5252.html.
32. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб. : Питер, 2002. 544 с.
33. Когнитивная терапия депрессии / Под ред. А. Бэк, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. СПб. : Питер, 2004. 304 с.
34. Кокун О. М. Передумови та негативні наслідки розповсюдження наркоманії. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №10. С. 29-34.
35. Курпатов А. В. Средство от депрессии. URL: <http://www.bookap.by.ru/popular/depresiya/g11.shtm>.
36. Леонтьев Д. А. Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности. Психологический журнал. 2002. №1. С. 19-26.
37. Литвиненко В. И. Альтернативные центры реабилитации наркозависимых в Украине. Полтава. 2000. 60 с.
38. Литвиненко Т. І., Литвиненко В. І. Підлітки і діти в залежній родині. Полтава, 2000. 36 с.
39. Литвиненко В. И. В тени зависимой семьи. Детские подростковые проблемы. Полтава, 2001. 88 с.
40. Личко А. Е. Наркотизм и подростковые наркомании. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М. : «Медицина», 1977. 582 с.
41. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Л. : Медицина,

1991. 391 с.

42. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М. : Наука, 1999. 240 с.

43. Менделевич В. Д., Сахаров Е. А. Индивидуальная и семейная экзистенциальная психотерапия наркозависимых. URL: http://www.medpsy.front.ru/book_10.html.

44. Мерсер Д., Вуді Дж. Індивідуальне консультування наркозалежних. Одеса, 2001. 112 с.

45. Методы когнитивной терапии в тренинге социальных навыков / Под ред. Ст. Морли, Дж. Шефферд, С. Спенс. СПб., 1996. 46 с.

46. Мольц М. Я - это Я, или как стать счастливым. М. : «Прогресс», 1991. 244 с.

47. Москаленко В. Д. Зависимость: семейная болезнь. М. : ПЕРСЭ, 2004. 336 с.

48. Москаленко В. Д. Биологические, индивидуальные, семейные и внесемейные факторы риска и защиты от злоупотребления психоактивными веществами у подростков. «[Международный Медицинский Журнал](#)». 2003. №1. С. 54-61.

49. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб. : Питер, 2002. 464 с.

50. Немов Р. С. Психология. М. : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. 608 с.

51. Ник Хизер. Алкогольные проблемы: терапевтические подходы. Обучение жизненно необходимым умениям и навыкам в школах. Женева, 1993. С. 112-118.

52. Огинская М. М., Розин М. В. Мифы психотерапии и их функции. «Вопросы психологии». М., 1991, №4. URL: http://psylib.org.ua/books/_ogins01.htm.

53. Павленко С. С., Шубина О. С., Штарк М. Б. Терапия болевых синдромов и биоуправление. URL: <http://www.bfbgames.com/russian/info/pain.html>.

54. Паршутин И. А. Динамика личностных позиций подростков в сфере аддиктивного поведения (на материале тренингов формирования жизненных навыков). М. : МГППУ. URL: <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/58133>.

55. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи. Київ, 2000. С.349-378.
56. Позднякова М. Е. Особенности наркотизации населения в современной России. URL: http://www.narkotiki.ru/mir_5495.html.
57. Психологія : Підручник / за ред. Ю.Л.Трофімова. К. : Либідь, 2001.506 с.
58. Психология зависимостей: Хрестоматія / сост: К.В. Сельченко. Мн. : Харвест, 2004. 592 с.
59. Психология личности: тесты, опросники, методики / Авторы-составители: к.п.д., доцент Н.В. Киршева и Н.В. Рябчикова. М. : Геликон, 1995. 220 с.
60. Психология наркотической зависимости и созависимости / Под ред. Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А. М. : МПА, 2001.
61. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарського. СПб. : Изд. Питер Ком, 1999. 752 с.
62. Пятницкая И. Н. Наркомании. М. : Медицина, 1994. 526 с.
63. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. Ленинград : «Медицина» 1975. 421 с.
64. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара : Издательский дом «БАХРАХ-М», 2002. 672 с.
65. Речнов Д. Д. Шаг за шагом от наркотиков. СПб, 1999. 291 с.
66. Ромек В. Бихевиориальная психодрама. Использование техник психодрамы в поведенческом тренинге. Психологія. 2002. №10. С. 29-38.
67. Ромек В. Г. Поведенческая терапия страхов. Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. №1. С. 23-28.
68. Ромек В., Ромек Е. Тренінг насладження. СПб. : Издательство «Речь», 2003. 160 с.
69. Рудестам К. Групповая психотерапия. СПб. : Питер, 1998. 384 с.
69. Сборник тезисов конференции «Наркозависимость и медико социальные последствия: стратегии профилактики и терапии». Казань, 2003. URL: http://www.medpsy.front.ru/book_tes_konf2003.zip.

70. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков. М., 1994. с.63-74.

71. Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю: Науково-методична збірка. К., 2003. С.69-74.

72. Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю: Науково-методична збірка. К., 2003. С. 85-94.

73. Стецков О. В. Розвиток соціально-психологічних програм реабілітації наркозалежних в сучасних українських реаліях. Денний центр як форма соціально-психологічної реабілітації наркозалежних.Методична збірка. К. : «Карат», 2004. С. 7-11.

74. Стецков О. В. Теоретичні і методологічні засади здійснення реабілітації наркозалежних у денному стаціонарі. Денний центр як форма соціально-психологічної реабілітації наркозалежних.Методична збірка. К. : «Карат», 2004. С. 12-22.

75. Франкл В. Человек в поисках смысла. М. : Прогресс, 1990. 227 с.

76. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность. Теория, упражнения, эксперименты. СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. 608 с.

77. Ханзян Э. Травма, связанное с зависимостью страдание и самолечение. Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. №3. С. 54-59.

78. Ханзян Э. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения. Психология и лечение зависимого поведения. М. : Независимая фирма «Класс», 2000. 240 с.

79. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб : Питер, 2000. 608 с.

80. Цыбур Е. Н. Интегративная модель психологической коррекции инфантильной эмоциональной зависимости. Практична психологія та соціальна робота. 2002. №11. С. 25-31.

81. Цыбур Е. Н. Сравнительный анализ феноменов инфантильной и зрелой зависимости в эмоциональных отношениях. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №4. С.96-97.

82. Цыбур Е. Н. Теоретические подходы к исследованию любовных

аддикций (зависимостей) в зарубежной и отечественной психологии и психотерапии. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №5. С. 18-25.

83. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб. : Изд. «Лань», 2000. 368 с.

84. Шапарь В. Б. Практическая психология. Инструментарий. Ростов н/Д: Феникс, 2004. 768 с.

85. Шорохова О. А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости. СПб. : Речь, 2002. 136 с.

86. Щербина Л. Ф. Посилення мотивації само зміни при наркоманії. Практична психологія та соціальна робота. 2002. №7. С. 21-25.

87. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб. : Изд. «Речь», 2002. 352 с.

88. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. 576 с.

89. Яцемирская Р. С., Беленькая И. Г. Социальная геронтология. М. : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. 224 с.

90. «Я хочу провести тренинг»: Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ, СПИД, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем. М., 2000. 127 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Рівень самооцінки»

Методика «Уровень самооценки»

1. Мне хочется, чтобы мои друзья подбадривали меня
2. Постоянно чувствую свою ответственность по работе
3. Я беспокоюсь о своем будущем
4. Многие меня ненавидят
5. Я обладаю меньшей инициативой, нежели другие
6. Я беспокоюсь за свое психическое состояние
7. Я боюсь выглядеть глупцом
8. Внешний вид других куда лучше, чем мой
9. Я боюсь выступать с речью перед незнакомыми людьми
10. Я часто допускаю ошибки
11. Жаль, что я не умею говорить так, как следует разговаривать с людьми
12. Жаль, что мне не хватает уверенности в себе
13. Мне бы хотелось, чтобы мои действия одобрялись другими
14. Я слишком скромн
15. Моя жизнь бесполезна
16. Многие неправильного мнения обо мне
17. Мне не с кем поделиться своими мыслями
18. Люди ждут от меня очень многого
19. Люди не особенно интересуются моими достижениями
20. Я легко смущаюсь
21. Я чувствую, что многие люди не понимают меня
22. Я не чувствую себя в безопасности
23. Я часто волнуюсь, и понапрасну
24. Я чувствую себя неловко, когда вхожу в комнату, где уже сидят люди
25. Я чувствую себя скованным
26. Я чувствую, что люди говорят обо мне за моей спиной
27. Я уверен, что люди почти все принимают легче, чем я
28. Мне кажется, что со мной должна случиться какая-нибудь неприятность
29. Меня волнует мысль о том, как люди относятся ко мне
30. Жаль, что я не так общителен
31. В спорах я высказываюсь только тогда, когда уверен в своей правоте
32. Я думаю о том, чего ждет от меня общественность

Ключ:

очень часто – 4

часто – 3

иногда – 2

редко – 1

никогда – 0

49 – высокая самооценка;

49-86 – средний уровень самооценки (нормальная самооценка);

86-128 – заниженная самооценка

Методика «Особистісний диференціал»

Методика «Личностный дифференциал»

Методика личностного дифференциала (ЛД) разработана на базе современного русского языка и отражает сформировавшиеся в нашей культуре представления о структуре личности. Методика ЛД адаптирована сотрудниками психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Целью ее разработки являлось создание компактного и валидного инструмента изучения определенных свойств личности, ее самосознания, межличностных отношений, который мог бы быть применен в клинко-психологической и психодиагностической работе, а также в социально-психологической практике.

Процедура отбора шкал ЛД.

ЛД сформирован путем репрезентативной выборки слов современного русского языка, описывающих черты личности, с последующим изучением внутренней факторной структуры своеобразной «модели личности», существующей в культуре и развивающейся у каждого человека в результате усвоения социального и языкового опыта.

Из толкового словаря русского языка Ожегова были отобраны 120 слов, обозначающих черты личности. Из этого исходного набора отобраны черты, в наибольшей степени характеризующие полюса 3-х классических факторов семантического дифференциала:

- 1.Оценки
- 2.Силы
- 3.Активности.

Случайным образом исходный набор черт был разбит на 6 списков по 20 черт. Применялись три параллельных метода классификации черт внутри каждого из этих списков.

1. Оценка испытуемыми (по 100-балльной шкале) вероятности того, что человек, обладающий свойствами личности А, обладает и свойствами личности В. В результате усреднения вероятностей индивидуальных оценок получены обобщенные показатели представлений о сопряженности черт личности, составляющих так называемую имплицитную структуру личности, свойственную для всей выборки в целом.

2. Корреляции между самооценками по чертам личности. Испытуемые заполняли 6 бланков самооценок, каждый из которых был составлен из 20 черт личности и требовал оценить их наличие у испытуемого по 5-балльной шкале.

3. 120 черт личности оценивались по 3 шкалам (7-балльным), представляющим факторы семантического дифференциала, оценки усреднялись.

В ЛД отобрана 21 личностная черта. В нескольких случаях исходный список не содержал одного из членов требуемой антонимичной пары и был дополнен. Шкалы ЛД заполнялись испытуемыми с инструкцией оценить самих себя по отобранным чертам личности.

1.	О	+	Обаятельный	3	2	1	0	1	2	3	Непривлекательный	-
2.	С	-	Слабый	3	2	1	0	1	2	3	Сильный	+
3.	А	+	Разговорчивый	3	2	1	0	1	2	3	Молчаливый	-
4.	О	-	Безответственный	3	2	1	0	1	2	3	Добросовестный	+
5.	С	+	Упрямый	3	2	1	0	1	2	3	Уступчивый	-
6.	А	-	Замкнутый	3	2	1	0	1	2	3	Открытый	+
7.	О	+	Добрый	3	2	1	0	1	2	3	Эгоистичный	-
8.	С	-	Зависимый	3	2	1	0	1	2	3	Независимый	+
9.	А	+	Деятельный	3	2	1	0	1	2	3	Пассивный	-
10.	О	-	Черствый	3	2	1	0	1	2	3	Отзывчивый	+

11.	С	+	Решительный	3	2	1	0	1	2	3	Нерешительный	-
12.	А	-	Вялый	3	2	1	0	1	2	3	Энергичный	+
13.	О	+	Справедливый	3	2	1	0	1	2	3	Несправедливый	-
14.	С	-	Расслабленный	3	2	1	0	1	2	3	Напряженный	+
15.	А	+	Суевливый	3	2	1	0	1	2	3	Спокойный	-
16.	О	-	Враждебный	3	2	1	0	1	2	3	Дружелюбный	+
17.	С	+	Уверенный	3	2	1	0	1	2	3	Неуверенный	-
18.	А	-	Нелюдимый	3	2	1	0	1	2	3	Общительный	+
19.	О	+	Честный	3	2	1	0	1	2	3	Неискренний	-
20.	С	-	Несамостоятельны й	3	2	1	0	1	2	3	Самостоятельный	+
21.	А	+	Раздражительный	3	2	1	0	1	2	3	Невозмутимый	-

Опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК) Джуліана Роттера

РСК виявляє екстернальний або інтернальний тип поведінки. У першому випадку людина вважає, що події, які з нею відбуваються, — результат дії зовнішніх сил — випадку, інших людей тощо. У другому випадку людина інтерпретує значущі події як результат своєї діяльності.

Локус контролю, характерний для індивіда, універсальний щодо будь-яких подій та ситуацій, з якими йому доведеться постати. Той самий тип контролю характеризує поведінку цієї особистості і при невдачах, і при досягненнях, при-чому це стосується різних галузей соціального життя.

Конформна та поступлива поведінка більш властива людям із екстернальним локусом. Інтер-нали, на відміну від екстернатів, менш схильні під-порядковуватись тиску інших, чинять спротив, коли відчувають, що ними маніпулюють, реагують сильніше ніж екстернали на втрату особистої свободи.

Люди з інтернальними локусами контролю краще працюють наодинці, ніж під наглядом або при відеозаписі. Для екстернатів характерне прагнення до постійного спілкування. Екстернальність корелює з тривожністю та депресією.

Інтернали надають перевагу недирективним методам психокорекції, екстернали суб'єктивно більш орієнтовані на зовнішній контроль.

Опитувальник РСК складається з 44 пунктів. Він містить пункти, які вимірюють екстернальність-інтернальність у міжособистісних та сімейних стосунках, а також пункти, які вимірюють РСК щодо хвороб і здоров'я.

Для збільшення спектра можливих застосувань опитувальник сконструйований у двох варіантах, які відрізняються форматом відповідей досліджуваних. Варіант А використовують для дослідження. Він потребує відповіді за 6-ти бальною шкалою (-3, -2, -1, +1, +2, +3), в якій відповідь «+3» означає «повністю згоден», «-3» — «зовсім не згоден» із цим пунктом. Варіант Б призначений для психодіагностики. Він потребує відповіді за бінарною шкалою «згоден-не згоден».

Текст опитувальника:

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей та зусиль людини.
2. Більшість розлучень відбувається через те, що люди не захотіли пристосуватись один до одного.
3. Хвороба — справа випадку; якщо судилося захворіти, то нічого не вдієш.
4. Люди залишаються самотніми, тому що самі не виявляють зацікавленості та дружелюбності до оточуючих.
5. Здійснення моїх бажань часто залежить від сприятливих обставин.
6. Недоцільно витратити зусилля на завоювання симпатії інших людей.
7. Зовнішні обставини — батьки та добробут — впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво виявляється ефективнішим, коли повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність.
10. Мої оцінки в школі частіше залежали від випадкових обставин (наприклад, від настрою вчителя), ніж від моїх власних зусиль.
11. Коли я планую, то вірю, що зможу здійснити їх.
12. Те, що багато людей вважає вдачею, насправді результат довгих цілеспрямованих зусиль.
13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі та ліки.
14. Якщо люди не підходять один одному, то яких зусиль вони не доклали би, налагодити сімейне життя вони все ж не зможуть.

15. Те хороше, що я роблю, зазвичай правильно оцінюють інші.
16. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.
17. Гадаю, що випадок або доля не відіграють важливої ролі в моєму житті.
18. Я намагаюсь не планувати заздалегіть, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
19. Мої оцінки в школі найперше залежали від моїх зусиль та рівня підготовки.
20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю провину за собою, ніж за протилежною стороною.
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначати, що і як робити.
23. Думаю, що мій спосіб життя в жодному разі не є причиною моїх хвороб.
24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям досягти успіхів.
25. За погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють.
26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити у стосунках в сім'ї, які склалися.
27. Якщо я дуже захочу, то зможу завоювати симпатії до себе будь-кого.
28. На молоде покоління впливає так багато різних обставин, що зусилля батьків у їхньому вихованні часто марні.
29. Те, що зі мною трапляється, — результат моїх зусиль.
30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять так, а не по-іншому.
31. Людина, яка не змогла досягти успіху у своїй роботі, очевидно, не виявила достатньо зусиль.
32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, чого хочу.
33. У неприємностях та невдачах, які були у моєму житті, частіше були винні інші люди, а не я сам.
34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити та правильно одягати.
35. У складних обставинах я схильний почекаати, поки проблеми вирішаться самі.
36. Успіх — результат наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.
37. Я відчуваю, що саме від мене залежить щастя моєї родини.
38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я одним людям подобаюсь, а іншим — ні.
39. Я завжди схильний приймати рішення та діяти самостійно, а не сподіватись на допомогу інших або на долю.
40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, попри всі її старання.
41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити, навіть при найсильнішому бажанні.
42. Здібні люди, які не зуміли реалізувати своїх можливостей, повинні звинувачувати в цьому тільки себе.
43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.
44. Більшість невдач у моєму житті відбувалося від невміння, незнання або лінощів і мало залежали від удачі

Ключ

Обработку заполненных бланков следует проводить по приведенным ниже ключам, суммируя ответы на пункты в столбцах “+” со своим знаком и ответы на пункты в столбцах “—” с обратным знаком.

1. Шкала Ио

+ : 2, 4, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 44.

— : 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 18, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 33,

35, 38, 40, 41, 43.

2. Шкала Ид: +: 12, 15, 27, 32, 36, 37.

—: 1, 5, 6, 14, 26, 43.

3. Шкала Ин: +: 2, 4, 20, 31, 42, 44.

- : 7, 24, 33, 36, 40, 41

4. Шкала Ис: +: 7,24,33,36,40,41
 . -: 7, 14,26,28,41
 5. Шкала Ип: . +: 19,22,25,31,42.
 -: 1,9, 10,24,30
 6. Шкала Им. +; 4,27.
 -:6, 38
 7. Шкала И. +: 13,34.
 —:3,23.

Перевод сырых баллов в стены

	Ио от до	Ид от до	Ин от до	Ис от до	Ип от до	Им от до	Из от до
1	-132 - 14	-36-11	-	-30- 12:	-30 -5	.-12 -7	-12 -6
2	-13 -3	-10-7	-7 -4	-11 -8	-4 -1	-6 -5	-5 -4
3	-2 - 9	-6 -3	-3 0	-7 -5	0 3	-4 -3	-3 -2
4	10 21	-2 1	1 4	-4 -1	4 7	-2 -1	-.1 0
8	22 32	2 5	5 7	0 3	8 11	0 1	1 2
6	33 44	6 9	8 11	4 6	12 15	2 4	3 4
7	45 56	10 14	12 15	7 10	16 19	5 6	5 6
8	57 68	15 18	16. 19	11 13	20 23	7 8	7 8
9	69 79	19 22	20 23	14 17	24 27	9 10	9 10
10	80 132	23 36	24 36	18 30	28 30	11 12	11 12

Для перевода сырого бала шкал опросника УСК в стандартное значение (стен), найдите в верхней строке нужную шкалу и двигайтесь по столбцу вниз, до строки с интервалом значений, в который попадает подсчитанный вами сырой балл. В крайнем левом столбце найденной строки указан соответствующий стен.

Показники опитувальника РСК організовані відповідно до принципу ієрархічної структури системи регуляції діяльності.

1. Шкала загальної інтернальності (Із). Високий показник за цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті були результатом їхніх дій. Таким чином, вони від-чувають власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. Низький показник за шкалою Із відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі досліджувані не бачать зв'язку між своїми діями та значущими для них подіями в житті, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток та вважають, що більшість їх — результат випадку або дій інших людей.

2. Шкала інтернальності в галузі досягнень (Ід). Високі показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями та ситуаціями. Такі люди вважають, що вони самі досягли всього того, що було і є у їхньому житті, і що вони здатні успішно досягати своєї мети в майбутньому. Низькі показники за шкалою Ід свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення та радощі зовнішнім обставинам — везінню, щасливій долі або допомозі інших людей.

3. Шкала інтернальності в галузі невдач (Ін). Високі показники за цією шкалою свідчать про розвинене відчуття суб'єктивного контролю сто-совно негативних подій та ситуацій, які виявляються у схильності звинувачувати самого себе у різноманітних неприємностях та стражданнях. Низькі показники Ін доводять, що досліджуваний схильний приписувати відповідальність іншим людям або вважати їх результатом невезіння.

4. Шкала інтернальності у сімейних стосунках (Іс). Високі показники Іс означають, що людина вважає себе відповідальною за події, які відбуваються в її подружньому житті. Низькі Іс вказують на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, які виникають у його сім'ї.

5. Шкала інтернальності в галузі виробничих відносин (Ів). Високий Ів підтверджує те, що людина вважає свої дії важливим фактором організації власної виробничої діяльності, в стосунках у колективі, у своєму просуванні тощо. Низький Ів вказує на те, що досліджуваний схильний приписувати важливіше значення зовнішнім обставинам — керівництву, співробітникам, везінню-неве-зінню.

6. Шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороб (Іх). Високі показники Іх свідчать про те, що досліджуваний вважає себе відповідальним за своє здоров'я: якщо він хворий, то звинувачує в цьому самого себе і вважає, що одужання багато в чому залежить від його дій. Людина з низьким Іх вважає здоров'я та хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Дослідження самооцінок людей із різними типами суб'єктивного контролю довело, що:

- люди з низьким РСК вважають себе егоїстичними, нерішучими, залежними, несправедливими, метушливими, ворожими, невпевненими, нещирими, несамостійними, дратівливими;

- люди з високим РСК — добрими, незалежними, рішучими, справедливими, здібними, дружелюбними, чесними, самостійними, спокійними.

Таким чином, РСК пов'язаний з відчуттям людиною своєї сили, достоїнства, відповідальності за те, що відбувається, з самоповагою, соціальною зрілістю та самостійністю особистості. Тест призначений для індивідуального та групового дослідження. Застосування опитувальника РСК придатне для вирішення низки соціально-психологічних та медико-психологічних проблем. Рівень суб'єктивного контролю підвищується в процесі психокорекційного впливу на особистість, тому можливе застосування РСК для оцінювання ефективності методів психологічної корекції.

Методика «Незавершені речення»

Методика «Неоконченные предложения»

1. Если все против меня, то
2. Я всегда хотел (хотела)
3. Будущее кажется мне
4. Знаю, что глупо, но боюсь
5. Если мне что-то не удастся, то я
6. Думаю, что я достаточно способен (способна), чтобы
7. Я мог (могла) бы быть очень счастливым (счастливой), если
8. Надеюсь на
9. Большинство моих товарищей не знает, что я боюсь
10. Преграды, которые встречаются
11. Моя наибольшая слабость заключается в том
12. Моим скрытым стремлением в жизни
13. Наступит тот день, когда
14. Хотелось бы мне перестать бояться
15. Когда обстоятельства складываются не в мою пользу,
16. Когда мне начинает не везти
17. Больше всего я хотел (хотела) бы в жизни
18. Когда я буду старым (старой)
19. Мои опасения не раз заставляли меня
20. Мои неудачи

Ключ:

Ставлення до себе: 1; 6; 11; 16

Життєва мета: 2; 7; 12; 17

Майбутнє: 3; 8; 13; 18

Страх та побоювання: 4; 9; 14; 19

Ставлення до невдач: 5; 10; 15; 20

Анкета первинного оцінювання клієнтів

Анкета №1

Уважаемый участник тренинга, заполните пожалуйста этот опросник до начала занятий. Опросник содержит как закрытые, так и открытые вопросы. На закрытые вопросы может быть несколько вариантов ответа. Для этого опросника нет заготовленных правильных или неправильных вариантов ответов. Результаты опроса будут представлены в исследовательской работе. Ваши ответы могут оставаться конфиденциальными, если Вы пожелаете. Если Вы не хотите, чтобы Ваше имя фигурировало в исследовании, напишите, как бы Вы хотели, чтобы Вас называли. Это может быть вымышленное имя или инициалы. _____

В самой анкете Ваши данные необходимо указать точно, чтобы исследователь имел возможность сравнить результаты до и после занятий.

1. Фамилия, имя, отчество
 2. Возраст
 3. Употребление какого вещества Вы назвали бы наиболее проблематичным в решении проблем Вашей зависимости:

a. Опиоиды

b. Стимуляторы

c. Галлюциногены

d. Алкоголь

4. Какой период времени Вы находитесь в Центре „Диалог“?

5. На каком шагу Вы находитесь?

6. В каких блоках групповых занятий Вы принимали участие? _____

7. Насколько Вы довольны собой в таких сферах Вашей жизни? Оцените себя по шкале от 0 баллов (очень недоволен) до 10 баллов (очень доволен):

a. Отношение к себе _____

b. Целеполагание _____

c. Преодоление стрессовых ситуаций _____

d. Отношения с другими людьми _____

e. Поведение в конфликтных ситуациях _____

f. Отношение к работ _____

g. Другое _____

8. Какие трудности Вы испытываете при решении проблем в вышеперечисленных сферах?

a. Эмоциональные, а именно _____

b. Отсутствие опыта, а именно _____

c. Негативный опыт, а именно _____

d. Недостаток знаний, а именно _____

e. Практические, а именно _____

f. Другие трудности, а именно _____

9. Применяете ли Вы полученные знания и навыки на протяжении реабилитации в Центре и за его пределами? Если нет, то по каким причинам?

a. Недостаток ситуаций для практики

b. Не чувствую себя достаточно уверенным для практики

c. Считаю, что моих знаний и навыков недостаточно для их использования

d. Другие причины _____

10. Изменений в каких сферах жизни Вы ожидаете от тренинга по эутимной терапии? (тренинг удовольствия)

a. Отношение к себе

- b. Целеполагание
 - c. Преодоление стрессовых ситуаций
 - d. Отношения с другими людьми
 - e. Отношение к работе
 - f. Поведение в конфликтных ситуациях
 - g. Другие сферы, а именно: _____
11. Каких именно изменений Вы ожидаете?

12. Вам будет проще и комфортнее работать в группе, если другие участники группы:

- a. будут проявлять _____
- b. не будут проявлять _____

(Ответ на последний вопрос касается правил группы, в которой Вам было бы комфортно работать)

Анкета кінцевого опитування клієнтів

Анкета №2

Уважаемый участник тренинга, заполните пожалуйста этот опросник, который содержит как закрытые, так и открытые вопросы. На закрытые вопросы (те, которые уже содержат варианты ответов) может быть несколько вариантов ответа. Для этого опросника нет заготовленных правильных или неправильных вариантов ответов.

Фамилия, имя, отчество _____

1. Возраст _____

2. Какой период времени Вы находитесь в Центре „Диалог“? _____

3. Какие новые знания Вы приобрели, приняв участие в тренинге по эутичной терапии? _____

4. Какие новые навыки Вы приобрели, приняв участие в тренинге по эутичной терапии? _____

Какие из этих навыков вы:

Будете применять постоянно _____

Обоснуйте: _____

Будете применять только в определенных ситуациях _____

Обоснуйте _____

Не будете применять _____

Обоснуйте _____

5. Насколько Вы довольны собой в таких сферах Вашей жизни? Оцените себя по шкале от 0 баллов (очень недоволен) до 10 баллов (очень доволен):

Отношение к себе _____

Целеполагание _____

Преодоление стрессовых ситуаций _____

Отношения с другими людьми _____

Поведение в конфликтных ситуациях _____

Отношение к работе _____

Другое _____

6. На протяжении участия в тренинге, что изменилось в таких сферах Вашей жизни, как:

Отношение к себе _____

Целеполагание _____

Преодоление стрессовых ситуаций _____

Отношения с другими людьми _____

Поведение в конфликтных ситуациях _____

Отношение к работе _____

Другое _____

7. Будете ли Вы практиковать полученные знания и навыки? Если нет, то по каким причинам?

Недостаток ситуаций для практики

Не чувствую себя достаточно уверенным для практики

Считаю, что моих знаний и навыков недостаточно для их использования

Другие причины _____

8. Какие темы Вы бы добавили в тренинг? _____

9. Какие темы показались Вам лишними при участии в тренинге? _____

10. Считаете ли Вы, что тренинг:

Необходим для реабилитации людей с зависимостью

Можно проводить для людей с зависимостью

Не нужен для людей с зависимостью.

Обоснуйте _____

Анкета відстроченого опитування клієнтів

Анкета №3

Уважаемый участник тренинга, заполните пожалуйста этот опросник, который содержит как закрытые, так и открытые вопросы. На закрытые вопросы (те, которые уже содержат варианты ответов) может быть несколько вариантов ответа. Для этого опросника нет заготовленных правильных или неправильных вариантов ответов.

1. Фамилия, имя, отчество _____
 2. Возраст _____
 3. Дата _____
 4. Насколько Вы довольны собой в таких сферах Вашей жизни? Оцените себя по шкале от 0 баллов (очень недоволен) до 10 баллов (очень доволен):
 - c. Отношение к себе _____
 - d. Целеполагание _____
 - e. Преодоление стрессовых ситуаций _____
 - f. Отношения с другими людьми _____
 - g. Поведение в конфликтных ситуациях _____
 - h. Отношение к работе _____
 - a. Другое _____
-
5. Какие методы позитивного мышления из тренинга Вам запомнились больше других? _____
-
6. Какие из методов Вы часто используете в повседневной жизни? _____
-
7. Что меняется в Вашей повседневной жизни от использования этих методов в таких сферах, как:
 - Отношение к себе _____
 - Целеполагание _____
 - Преодоление стрессовых ситуаций _____
 - Отношения с другими людьми _____
 - Поведение в конфликтных ситуациях _____
 - Отношение к работе _____
 - Другое _____
8. Какие сложности Вы испытываете в использовании методов позитивного мышления?
 - a. Недостаток ситуаций для практики _____
 - b. Не чувствую себя достаточно уверенным для практики _____
 - c. Неясность использования методов (уточните, каких) _____
 - d. Другие причины _____
9. Какие темы Вы бы добавили в тренинг? _____
10. Что, по Вашему мнению оказало наибольшее влияние на Вас на протяжении тренинга?
 - a. Полученная информация (какая?) _____
-
- b. Продемонстрированные навыки (Какие?) _____
 - c. Общение в группе (что именно?) _____
 - d. Стиль работы тренеров (что именно?) _____
 - e. Другие факторы тренинга (Какие именно?) _____

Тренінг з еутимної терапії

Блок I Самооцінка

Сесія №1

№	Назва вправи	Опис діяльності	Час	Допоміжні матеріали
1.	Привітання	Тренер вітається з учасниками, пояснює тему та мету заняття.	5 хв.	
2.	Правила групи	Учасники групи самостійно заповнюють картки, а потім в двох групах виробляють спільні правила ефективної роботи в групі. Після вироблення спільних правил учасники діляться своїми думками щодо реальності та бажання виконувати такі правила.	40хв.	Три аркуші ватману, картки за кількістю учасників (дод.1).
3.	„Правила задоволення”	Тренер інформує учасників щодо правил задоволення.	15хв.	Роздаткові матеріали „Правила задоволення” (дод.2)
4.	Інформування „Самооцінка”	Тренер інформує учасників групи щодо важливості рівня самооцінки для вміння справлятися зі складними ситуаціями.	10хв.	
5.	„Переписана автобіографія”	Спочатку учасникам пропонують переписати свою біографію, або певні моменти з неї, обираючи лише приємні моменти, такі, які викликають почуття задоволення. Потім учасники по черзі зачитують підготовані біографії. Тренер слідкує за тим, щоб учасники розповідали про себе в позитивному напрямку.	50хв.	Папір, ручки
6.	„Проект автобіографії”	Учасникам пропонується пофантазувати про своє майбутнє – про найприємніші плани, події на найближчі 5 років.	50хв.	Папір, ручки

		Після учасники обговорюють те, що вони написали.		
7.	Домашнє завдання „Мої успіхи та невдачі”	Учасникам пропонується у свій вільний час згадати про одну свою невдачу та один успіх, та підготувати розповідь про них групі у позитивний спосіб	5хв.	
8.	Зворотній зв'язок	Учасники повідомляють про свої враження та почуття після сесії.	5 хв.	

Сесія №2

№	Назва вправи	Опис діяльності	Час	Допоміжні матеріали
1.	Привітання	Тренер вітається з учасниками, пояснює тему та мету заняття.	5 хв.	
2.	„Мої успіхи та невдачі”	Учасники зачитують домашнє завдання, відбувається обговорення того, чому важко подавати невдачі та успіхи в позитивному ключі. Наступним кроком є переформулювання неуспіхів у правила для наступних ситуацій.	30хв.	
3.	Дискусія „Оптимізм”	Тренер надає учасникам інформацію щодо впливу такого явища як оптимізм на життя людини. Відбувається групова дискусія. Пропонується обговорити питання: - Що заважає людині розглядати події у власному житті оптимістично. - Які переваги та недоліки в оптимізмі?	30хв.	
4.	Вправа „А1-Б-А2”	Тренер надає учасникам щодо позитивної оцінки власного розвитку. Тренер пропонує учасникам Продовжити фрази: - Місяць тому я був... - Потім я ... - Тепер я... В процесі обговорення вправи учасники мають визначити свої позитивні зміни. Якщо такі зміни виявляються негативними, тренер просить учасника переформулювати невдачу в правило.	50хв.	Папір, ручки

5.	Вправа „Похвали себе сам”	Тренер інформує учасників про важливість самопідкріплення для людини з наркотичною залежністю. Потім він пропонує учасникам розділитися на пари, та розказати по черзі один одному про: - свої позитивні, приємні якості; - свої успіхи. Після цього відбувається обговорення, чому важко або легко було говорити приємні речі про себе.	30хв.	
6.	Домашнє завдання „Помилки – фактори успіху”	Учасники мають заповнити картки своїми часто повторюваними помилками, та переформулювати їх в правила або завдання на найближче майбутнє. Тренер пояснює завдання, наводить приклади.	5хв.	Картки з двома колонками: „Помилки, що часто зустрічаються” та „Правила чи завдання на майбутнє”. (Дод.3)
7.	Підсумування блоку	Тренер підсумовує дві сесії з блоку самооцінка.	5хв.	
8.	Зворотній зв'язок	Учасники повідомляють про свої враження та почуття після сесії.	5хв.	

Блок II Задоволення в стресі

Сесія №1

№	Назва вправи	Опис діяльності	Час	Допоміжні матеріали
1.	Привітання	Тренер вітається з учасниками, пояснює тему та мету заняття.	5 хв.	
2.	„Помилки – фактори успіху”	Проводиться обговорення домашнього завдання – основних труднощів у переформулюванні невдач на правила та завдання.	30хв.	
3.	Інформування „Стрес”	Тренер інформує учасників щодо поняття стресу, його впливу на життя людини з наркотичною залежністю. Також надається інформація щодо альтернатив реакції на стрес.	10хв.	

4.	Вправа „Добре в поганому”	Кожному з учасників пропонується згадати неприємну подію, яка або виникла в минулому або може виникнути в майбутньому. Потім учасники мають подумати, які позитивні моменти є в ситуації та розповісти про них. Інші учасники мають допомагати в пошуку позитивів.	50хв.	
5.	Вправа „Оранжеві окуляри”	Учасникам пропонується розказати про певні речі з їхнього життя (робота, зарплати, близькі, реабілітація, друзів), при чому вони мають вдіти оранжеві окуляри, які пропускають тільки позитивні емоції. Тобто, надівши їх, учасники просто не зможуть побачити щось погане.	25хв.	Окуляри з оранжевим склом
6.	Вправа „Пошук найкращої альтернативи”	Кожному з учасників пропонується назвати неприємну подію в найближчому майбутньому (не трагічну). Потім учасники мають уявити неприємні почуття, пов’язані з цією подією, після цього – запропонувати декілька альтернатив цим почуттям.	50хв.	
7.	Домашнє завдання „Добре в поганому”	Учасникам надається таке завдання: якщо при розмові зі своїми знайомими вони чутимуть розповіді про невдачі або негативні події – знайти позитивне в цих подіях та розказати про них партнеру. Учасники мають фіксувати реакцію співрозмовника та порівнювати зі своєю звичайною.	5 хв.	
8.	Зворотній зв’язок	Учасники повідомляють про свої враження та почуття після сесії.	5 хв.	

Блок III Цілепокладання

Сесія №1

№	Назва вправи	Опис діяльності	Час	Допоміжні матеріали
---	--------------	-----------------	-----	---------------------

1.	Привітання	Тренер вітається з учасниками, пояснює тему та мету заняття.	5 хв.	
2.	Обговорення домашнього завдання	Тренер просить учасників поділитися враженнями про спроби переформулювання негативів інших на позитивні моменти, труднощі, реакції інших.	10 хв.	
3.	Інформування „Позитивні цілі	Тренер розповідає учасникам групи про проблеми досягнення цілей через невміння ставити їх позитивно.	10хв.	
4	Інформування „Процес змін”	Тренер розповідає про послідовність змін, згідно схеми Прохазки-ДіКліменте	60 хв.	Роздатковий матеріал „Процес змін”
5.	Вправа „Оцінка цілей”	Учасникам роздаються критерії позитивних цілей, після чого відбувається обговорення, чи дійсно такі критерії призводять до отримання задоволення від цілей та їх досягнення.	20хв.	Роздатковий матеріал „Критерії цілі” (Дод.4)
6.	„Зіпсовані цілі”	Клієнтам пропонується обрати одну з цілей, яку буде „зіпсовано”. По черзі видаються пропозиції щодо „псування” – наприклад, зробити ціль нереалістичною, скинути відповідальність на когось.	15хв.	
7.	Вправа „Помилкові цілі”	Учасникам роздаються картки з варіантами помилкових цілей, наприклад „Хочу машину”, „Не хочу працювати”. Учасники по черзі розповідають, чому така ціль не є правильною, та пропонують свої варіанти.	30хв.	Картки на кожного з учасників з неправильно сформульованими цілями. (Дод.5)
8.	Дом. завдання	Учасники мають поставити свої цілі, що відповідають критеріям, у різний часовий проміжок.	5 хв.	

		Оскільки ця сесія є останньою в тижні, учасникам пропонується: 1. Відстежувати неприємні думки та перетворювати їх на правило або шукати альтернативи. 2. Потренувати вправу „Оранжеві окуляри” у стресових ситуаціях		
9.	Зворотній зв'язок	Учасники повідомляють про свої враження та почуття після сесії.	5 хв.	

Блок IV Задоволення для інших людей

Сесія №1

№№	Назва вправи	Опис діяльності	Час	Допоміжні матеріали
1.	Привітання	Тренер вітається з учасниками, пояснює тему та мету заняття.	5 хв.	
2.	Обговорення домашнього завдання		15хв.	
3.	Вправа „Співвіднесення цілей”	Учасникам пропонується поділитись на пари так, щоб вони могли узгодити свої цілі з партнером, при чому не обов'язково повністю дійти згоди, достатньо домовитися про певні співпадиння. Потім парам пропонується об'єднатись в четвірки-п'ятірки з такою ж метою. В кінці представник кожної групи доповідає спільні цілі. Відбувається обговорення того, чи легко було співвідносити цілі з іншими людьми.	60хв	
4.	Вправа „Дорогі мені люди”	Учасникам пропонується розповісти про свої добрі почуття до дорогих для них людей, і ті дії, які викликають такі почуття. Після цього відбувається обговорення того,	50хв.	

		які бувають способи задовольнити всіх людей і які – конкретних. Тренер записує результати на дошці.		
5.	Вправа „Задоволення для дорогих мені людей”	Учасники мають проглянути список з попередньої вправи та розповісти про те, чи часто вони роблять приємне своїм улюбленим, що вони можуть зробити для дорогих їм людей. Також обговорюється питання, чи завжди добро є взаємним, та що можна зробити, щоб це було саме так.	50хв.	
6.	Домашнє завдання	Тренер пропонує учасникам запланувати дії, які були б приємні їх дорогим людям, та за можливістю здійснити якусь одну.	5хв.	
7.	Зворотній зв'язок	Учасники повідомляють про свої враження та почуття після сесії.	5 хв.	

Сесія №2

№	Назва вправи	Опис діяльності	Час	Допоміжні матеріали
1.	Привітання	Тренер вітається з учасниками, пояснює тему та мету заняття.	5 хв.	
2.	Обговорення домашнього завдання	Учасники обговорюють, які реакції були в інших людей щодо дій, які вони здійснювали щодо них.	10хв.	
3.	Вправа „Розмова з дорогою людиною”	Учасники обирають собі партнера, який міг би зіграти дорогу йому людину, потім в парах розповідають про те, що їм в цій людині подобається. Після цього відбувається обговорення тог, чи легко говорити приємні речі, про що говорити важче – про свої почуття чи про дії цієї людини.	60хв.	
4.	Добре в поганому – 2	Кожен з учасників має згадати людину, що йому неприємна, описати її, а потім сказати, що в неї є хорошого. Після цього відбувається	50хв.	

		обговорення того, чи можна знайти позитиви навіть в найнеприємніших людях, що може цьому завадити.		
5.	Вправа „Компліменти”	Кожен з учасників має підійти до когось з групи та продовжити фразу „Мені в тобі подобається...” або „Ти дуже добре вмієш...”. Той учасник, якому зробили комплімент, має подумати, сприйняти цю фразу саме так, як говорить її партнер, тобто „Йому в мені подобається...”, „Я добре вмію робити...”. Після цього відбувається обговорення почуттів, що виникали під час вправи.	50хв.	
6.	Домашнє завдання	Учасникам пропонується сказати декілька приємних речей людям, що їх оточують.	5хв.	
7.	Зворотній зв'язок	Учасники повідомляють про свої враження та почуття після сесії.	5 хв.	

Блок V Задоволення в роботі

Сесія №1

№	Назва вправи	Опис діяльності	Час	Допоміжні матеріали
1.	Привітання	Тренер вітається з учасниками, пояснює тему та мету заняття.	5 хв.	
2.	Вправа „Мені подобається”	Учасникам заняття пропонується продовжити фразу „Мені подобається..., а інші не знають, як отримати задоволення від цього.” Важливим є обговорення почуттів, які виникають при виконанні улюбленої діяльності.	45хв.	Ватман, фломастери
3.	Вправа „Інтерв'ю в парах”	Учасники мають розбитися на пари та розказати один одному, які заняття викликають в них задоволення, при чому пропонується робити фокус саме на почуттях, що виникають при цьому.	20хв.	

4.	Вправа „Моя улюблена робота”	Учасники по черзі мають розказати про те, яка робота приносить їм задоволення, що їм необхідно, щоб заробітна платня не мала суттєвого значення, який час вони приділяли б роботі із задоволенням. Також обговорюються питання можливості знайти роботу, яка б і приносила задоволення і була оплачуваною.	50хв.	
5.	Вправа „Баланс реальний та бажаний”	Учасники мають перегнути картку навпіл так, щоб бачити тільки одне коло. Потім їм пропонується намалювати в колі співвідношення роботи з заняттями по дому, розвагами. При цьому розглядається не час, який учасники витрачають на роботу та інші заняття, а „психологічний простір”. На іншому колі учасники малюють ідеальне взаєморозташування занять. Потім відбувається обговорення щодо того, що можна зробити, щоб наблизити реальність до ідеалу, від кого чи чого це залежить.	50хв.	Картки з двома колами, що розташовані одне під одним.
6.	Домашнє завдання „Улюблені справи”	Учасникам пропонується виділити час на заняття, яке дає їм задоволення. В цей час вони мають відволіктися від думок, що заважають та сконцентруватися на тому, що приносить задоволення. Учасники мають записати свої переживання щодо цього виду діяльності.	5хв.	
7.	Зворотній зв'язок	Учасники повідомляють про свої враження та почуття після сесії.	5 хв.	

Сесія №2

№	Назва вправи	Опис діяльності	Час	Допоміжні матеріали
1.	Привітання	Тренер вітається з учасниками, пояснює тему та мету заняття.	5 хв.	

2.	Обговорення домашнього завдання	Учасники повідомляють щодо почуттів, яких вони хочуть досягнути, виконуючи свої улюблені заняття.	30хв.	
3.	„Хочу навчитись”	Учасники в парах розповідають про види діяльності, які приносять задоволення іншим, і яких вони хотіли б навчитись. Партнер має питати та давати пропозиції стосовно того, де і як можна було б цьому навчитись. Після цього відбувається обговорення тому, що дізнались одне про одного партнери.	50хв.	
4.	Вправа „Неприємні справи”	Учасникам пропонується заповнити картки неприємними справами та проранжувати їх за ступінню неприємності, затраченим часом та легкістю виконання. Потім учасники мають обрати картку, що має найнижчі ранги з неприємності. Відбувається обговорення того, що заважає зробити цю справу і коли учасник може її зробити.	30хв.	По 5 карток на учасника (дод. 6)
5.	„Що мені надає задоволення”	Учасники мають заповнити картки тими заняттями, які приносять їм задоволення, потім ранжують їх за ступенем задоволення, повторюваністю та ступенем досяжності. Потім відбувається обговорення того, чи можливим є виділення більшого часу для виконання таких справ.	30хв.	По 10 карток на учасника (дод. 7)
6.	Підсумування тренінгу	Тренер та учасники повідомляють про свої почуття та думки щодо тренінгу, знань та навичок, які вони отримали.	30хв.	
7.	Зворотній зв'язок	Учасники повідомляють про свої враження та почуття після сесії.	5 хв.	

Додаток №1

Правила групи

Мені буде легше навчитись задоволенню, якщо учасники групи будуть:

1. _____
2. _____
3. _____

Мені буде легше навчитись задоволенню, якщо учасники групи не будуть:

1. _____
2. _____
3. _____

Правила задоволення

1. Задоволення потребує часу
2. Задоволенню слугує повсякденне життя
3. Кожному своє
4. Задоволення не приходить само по собі
5. Дозволь собі насолоджуватись
6. Менше – краще
7. Досвід надає задоволення
8. Задоволення всередині нас
9. Розділене задоволення – задоволення вдвічі
10. Задоволенню треба навчатись

Додаток №3

Помилки – фактори успіху

Помилки, що часто зустрічаються:

1. _____
2. _____
3. _____

Правила на майбутнє:

4. _____

Додаток №4

Критерії цілі, що приносить задоволення

1. Концентрація на задоволенні, а не на проблемі
2. Спочатку думайте про мету, а потім про засоби її досягнення
3. Розділяйте глобальні цілі на невеликі досяжні кроки
4. Мета має бути досяжною
5. Максимальна свобода власних дій
6. Встановлюйте часові та кількісні критерії

Неправильно сформульовані цілі

1. Хочу не вживати наркотичні речовини
2. Не хочу працювати
3. Хочу трикімнатну квартиру
4. Хочу негайно схуднути
5. Хочу, щоб всі мене любили
6. Хочу одружитись
7. Тиждень відпочити, щоб мене ніхто не чіпав
8. Хочу, щоб мої батьки мене не чіпали
9. Не хочу доглядати хвору бабусю
10. Мені потрібен новий комп'ютер

Додаток №6

Неприємні справи

Ступінь неприємності _____

Легкість виконання _____

Час, що необхідний _____

Додаток №7

Що надасть мені задоволення?

Ступінь задоволення _____

Доступність для мене _____

Частота _____

Додаток I

Рівень самооцінки учасників тренінгу до та після тренінгу з еутимної терапії

Учасники тренінгу	До тренінгу	Після тренінгу	Зміни в самооцінці
Сер. значення	65,38462	56,15385	9,230769

Рівень самооцінки учасників контрольної групи до та після тренінгу з еутимної терапії

Учасники контрольної групи	До тренінгу	Після тренінгу	Зміни в самооцінці
Сер. значення	64,46521	61,52347	2,94174

Результати:

0-43 балів відповідають високій самооцінці

43-86 балів – середній рівень

86-128 балів– низька самооцінка

Додаток К

Рівень задоволеності собою в різних сферах життя до тренінгу (1), після (2) та під час відстроченого анкетування (3)

Сфери	Тренінгова група			Контрольна група		
	1	2	3	1	2	3
Ставлення до себе	5,66	5,83	6,67	5,54	5,37	5,60
Цілепокладання	5,5	7,17	5,5	5,37	5,30	5,38
Стресові ситуації	6,33	6,0	6,75	6,30	6,31	6,33
Стосунки з іншими людьми	6,75	6,67	7,36	6,78	6,72	6,80
Поведінка в конфліктах	6,67	6,25	6,91	6,61	6,51	6,53
Робота	7,08	7,67	7,64	7,11	7,20	7,13

Додаток Л

Рівень суб'єктивного контролю учасників до та після тренінгу з еутимної терапії

	Загальна інтернал ьність	Інтернал ьність досягнен ь	Інтернал ьність невдач	Інтернал ьність в сімейних стосунка х	Інтернал ьність в роботі	Інтерналь- ність в міжособи стісних стосунках	Інтернал ьність у ставленн і до здоров'я
Середнє першого показника (контрольна група)	5,692233	5,769412	5,972731	5,61235	5,720412	6,574553	6,581813
Середнє другого показника (контрольна група)	5,912745	5,817420	5,962227	5,550329	5,888943	6,544729	6,439207
Різниця показників (контрольна група)	0,220512	0,048008	-0,010504	-0,062021	0,168531	-0,029824	-0,142606
Середнє першого показника (тренінгова група)	5,769231	6,576923	5,5	5,269231	5,307692	6,576923	5,815385
Середнє другого показника (тренінгова група)	6,115385	7,238462	6,230769	5,923077	5,730769	7,423077	5,153846

Різниця показників (тренінгова група)	0,346154	0,661538	0,730769	0,653846	0,423077	0,846154	-0,66154
Різниця змін показників (контрольна група в порівнянні із тренінговою)	0,125558	0,613530	0,741273	0,715870	0,254546	0,875978	0,518934

5,5 балів – середній рівень інтернальності

5-10 балів – інтернальний локус контролю

0-5балів – екстернальний.

Додаток М

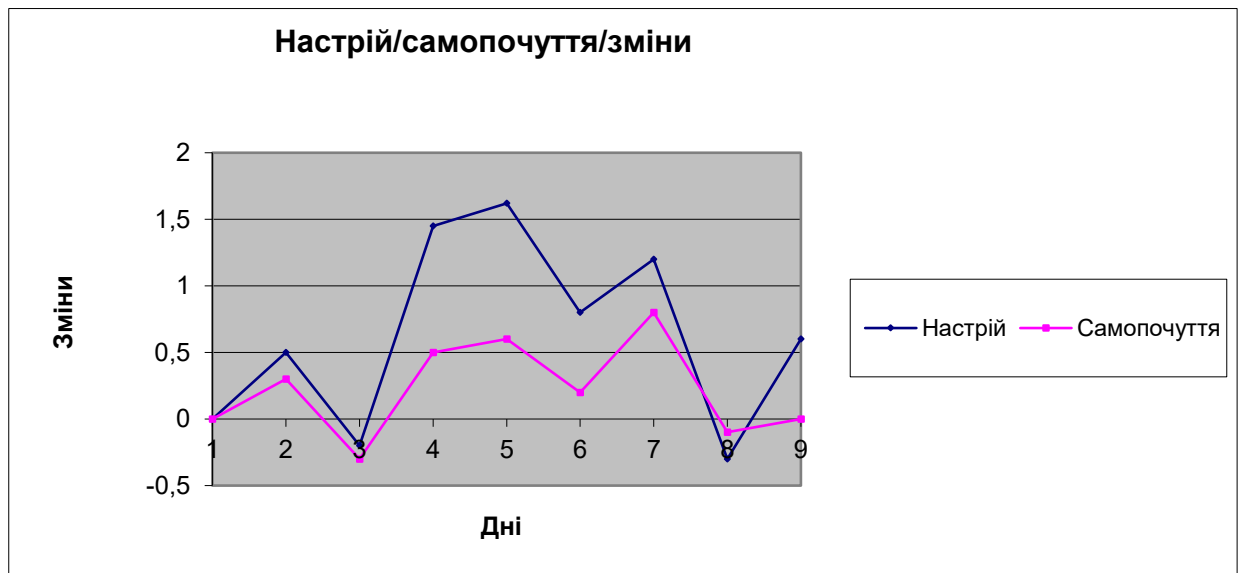
Динаміка зміни настрою та самопочуття клієнтів під час тренінгу з еутимної терапії (за шкалою від 0 до 10 балів)

День проведення тренінгу	Показник Н – настрої – С самопочуття	Час оцінювання (до чи після проведення тренінгового заняття)	Середній показник
1-й день	Н	До	6,54
		Після	6,54
		Різниця значеннь	0
	С	До	5,45
		Після	5,45
		Різниця значеннь	0
2-й день	Н	До	5,3
		Після	5,8
		Різниця значеннь	+0,5
	С	До	5,7
		Після	6
		Різниця значеннь	+0,3
3-й день	Н	До	5,1
		Після	4,9
		Різниця значеннь	-0,2
	С	До	5,3
		Після	5
		Різниця значеннь	-0,3
4-й день	Н	До	5
		Після	6,45
		Різниця значеннь	+1,45
	С	До	5,59
		Після	6,09
		Різниця значеннь	+0,5
5-й день	Н	До	6,08
		Після	7,7
		Різниця значеннь	+1,62
	С	До	6,4
		Після	7
		Різниця значеннь	+0,6
6-й день	Н	До	5,7
		Після	6,5
		Різниця значеннь	+0,8
	С	До	6,6
		Після	6,8
		Різниця значеннь	+0,2
7-й день	Н	До	6,69
		Після	7,9
		Різниця значеннь	+1,2
	С	До	7
		Після	7,8

8-й день	Н	Різниця значень	+0,8
		До	6,3
		Після	6
	С	Різниця значень	-0,3
		До	6,3
		Після	6,2
9-й день	Н	Різниця значень	-0,1
		До	3,6
		Після	4,2
	С	Різниця значень	+0,6
		До	4,9
		Після	4,9
		Різниця значень	0

0 – дуже поганий

10 – дуже добрий



Оцінювання змін настрою та самопочуття учасниками контрольної групи не проводилося, т.я. ці зміни не пов'язані із тренінгом з еутимної терапії, та не могли бути використані якимось ще чином згідно із завданнями даного дослідження.

Додаток Н

Числові результати оцінки методики „Незавершені речення”

Учасник	Ставлення до себе		Життєва мета		Ставлення до майбутнього		Страхи		Ставлення до невдач	
	1 тест	2 тест	1 тест	2 тест	1 тест	2 тест	1 тест	2 тест	1 тест	2 тест
Сер.зн контр. група	0,2996 97	0,5212 37	1,0791 34	1,1064 29	1,1786 41	1,2270 57	- 11	- 3	0,3947 1	1,3190 76
Різниця значень по контр. групі		0,2215 4		0,0372 95		0,0484 16		0,2928 8		0,9243 66
Сер.зн Трен. група	0,3076 92	1,1538 46	1,0769 23	1,8461 54	1,1538 46	1,9230 77	- 60	- 3	0,3846 15	2,2307 69
Різниця Значень По трен. групі		0,8461 54		0,7692 31		0,7692 31		0,6153 85		1,8461 54

Шкала від „-3” до 3 балів

Додаток О

Показники з особистісного диференціалу під час чотирьох етапів опитування

	1-й день			7-й день			11-й день			14-й день		
	О	С	А	О	С	А	О	С	А	О	С	А
Середні значення (контрольна група)	11,03	4,30	2,47	9,98	4,39	3,01	11,23	5,04	3,07	10,94	5,36	3,11
Середні значення (тренінгові група)	10,46	4,25	2,53	10,3	3,45	4,18	10,83	7,75	3,91	9,84	9,03	4,77

Шкала від „-21” до „21” бала.